BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

TOME XXVI — 1900

PARIS — L. MARETHEUX, IMPRIMEUR
1, rue Cassette

BULLETINS ET MÉMOIRE

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

PUBLIÉS CHAQUE SEMAINE

(EXCEPTÉ PENDANT LES VACANCES DE LA SOCIÉTÉ)

par les soins des Secrétaires de la Société

M. PAUL SEGOND

Secrétaire général

ET

MM. JALAGUIER ET GÉRARD MARCHANT

Secrétaires annuels

TOME XXVI. — 1900



PARIS

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

—

1900

STATUTS

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

DE PARIS

FONDÉE LE 23 AOUT 1843

ET RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE LE 29 AOUT 1859

TITRE PREMIER.

Constitution et but de la Société

ARTICLE PREMIER

Il est formé à Paris une Société de chirurgie qui prend le nom de *Société de Chirurgie de Paris.*

ART. 2.

Elle a pour but l'étude et les progrès de la chirurgie; ses travaux comprennent tout ce qui peut concourir à cet objet.

TITRE II.

Composition de la Société.

ART. 3.

Sont fondateurs de la Société :

MM. AUG. BÉRARD, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie nationale de médecine de Paris.

MM. G. Monod, chirurgien de la Maison royale de santé, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

Alph. Robert, chirurgien de l'hôpital Beaujon, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

Michon, chirurgien de l'hôpital Cochin et du collège Louis-le-Grand, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

Guersant (fils), chirurgien de l'hôpital des Enfants.

Vidal (de Cassis), chirurgien de l'hôpital du Midi, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

Danyau, chirurgien-professeur adjoint de la Maison d'accouchement, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

Lenoir, chirurgien de l'hôpital Necker, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Malgaigne, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

P. Huguier, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Ph. Rigaud, professeur de clinique chirurgicale et de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Strasbourg, ex-chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

Nélaton, chirurgien de l'hospice de la Vieillesse (hommes), agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Denonvilliers, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris.

Maisonneuve, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

Chassaignac, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Cullerier, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

Marjolin (fils), chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

Art. 4.

La Société se compose de membres titulaires, de membres honoraires, d'associés étrangers, de correspondants nationaux et de correspondants étrangers.

Art. 5.

Le nombre des titulaires est fixé à 35; celui des associés étrangers à 20; celui des correspondants nationaux à 125, et celui des correspondants étrangers à 70. Le nombre des membres honoraires est illimité.

ART. 6.

Les membres titulaires et honoraires ont seuls voix délibérative; ils peuvent seuls faire partie des commissions et prendre part aux élections. Les titulaires seuls peuvent faire partie du bureau.

ART. 7.

Les conditions de toute candidature pour les places de titulaires et de correspondants nationaux sont : 1° d'être *docteur en médecine* ou *en chirurgie*; 2° d'avoir présenté à la Société un travail inédit; 3° d'avoir adressé à la Société une demande écrite spéciale.

ART. 8.

Seront nommés membres honoraires : 1° les titulaires qui, après au moins dix ans de titulariat, en feront la demande et obtiendront le consentement de la Société; 2° les chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de Paris en exercice depuis plus de douze ans, qui en feront la demande écrite et qui obtiendront au scrutin secret la majorité des suffrages; 3° en outre, la Société se réserve le droit de nommer directement aux places de membres honoraires des chirurgiens éminents qui n'auraient pas fait acte de candidature. Mais ces dernières nominations ne pourront avoir lieu que sur une demande écrite signée de dix membres titulaires et sur l'avis favorable d'une commission chargée de faire à la Société un rapport sur cette demande.

ART. 9.

Les associés et correspondants étrangers sont choisis par la Société, sur la présentation et sur le rapport d'une commission spéciale, parmi les chirurgiens célèbres par leurs travaux, leur pratique ou leurs écrits, et parmi ceux qui ont envoyé un travail manuscrit ou imprimé.

ART. 10.

Toutes les élections se font au scrutin secret et à la majorité absolue des membres présents. Les élections des titulaires et des honoraires n'ont lieu que lorsque les deux tiers des membres titulaires prennent part au scrutin. Pour les autres élections, il suffit de la moitié plus un des membres titulaires.

Quand il doit être procédé à une élection, les membres titulaires et honoraires sont avertis par une convocation spéciale.

TITRE III.

Administration de la Société.

ART. 11.

Le bureau est ainsi composé :

Un président.
Un vice-président.
Un secrétaire général.
Deux secrétaires annuels.
Un bibliothécaire archiviste.
Un trésorier.

ART. 12.

Le président, élu pour un an, n'est rééligible qu'après une année d'intervalle. Le secrétaire général, nommé pour une période de cinq ans, n'est pas rééligible à la fin de cette période, mais il peut être réélu plus tard. Les autres membres du bureau sont nommés pour un an et rééligibles.

ART. 13.

Le bureau représente la Société vis-à-vis des tiers.

ART. 14.

Le président remplit les fonctions d'ordonnateur : il signe les mandats de dépense, de concert avec le secrétaire général.

ART. 15.

Le trésorier rend chaque année un compte détaillé de sa gestion.

ART. 16.

Les délibérations relatives à des aliénations, acquisitions ou échanges d'immeubles et à l'acceptation de dons ou legs sont subordonnées à l'autorisation du gouvernement. Elles ne peuvent être prises qu'après une convocation spéciale, et à la majorité des deux tiers des membres titulaires et honoraires présents.

TITRE IV.

Ressources de la Société.

ART. 17.

Les ressources de la Société se composent :

1° Du revenu des biens et valeurs de toute nature appartenant à la Société;

2° Du droit d'admission pour les titulaires et correspondants nationaux ; ce droit est fixé à 20 francs;

3° De la cotisation mensuelle payée par les membres titulaires et honoraires; le montant en est fixé chaque année par la Société;

4° De la cotisation annuelle payée par les membres correspondants nationaux;

5° Des amendes encourues suivant qu'il sera statué par le règlement :

6° Du produit des publications;

7° Des dons et legs qu'elle est autorisée à recueillir ;

8° Des subventions qui peuvent lui être accordées par l'Etat.

ART. 18.

Les fonds libres sont placés en rente sur l'État.

TITRE V.

Des Séances et de la publication des travaux.

ART. 19.

La Société se réunit en séance toutes les semaines; les séances sont publiques. La Société suspend ses séances du 15 août au premier mercredi d'octobre. La Société peut se former en comité secret.

ART. 20.

Il y a tous les ans une séance solennelle publique.

L'ordre du jour de la séance se compose :

1° D'un rapport fait par le président sur la situation morale et financière de la Société;

2° Du compte rendu par le secrétaire général ou l'un des secrétaires, délégué par le président, des travaux de la Société pendant le courant de l'année;

3° De l'éloge des membres décédés;

4° Du rapport sur les mémoires et les thèses envoyés pour les prix, s'il y a lieu.

ART. 21.

Le procès-verbal de la séance, le rapport du président et le compte rendu du secrétaire sont adressés à M. le ministre de l'instruction publique.

ART. 22.

La Société publie chaque année un volume de ses travaux.

TITRE VI.

Dispositions générales.

ART. 23.

La Société s'interdit toute discussion étrangère au but de son institution.

ART. 24.

Un règlement particulier, soumis à l'approbation du ministre de l'instruction publique, détermine les conditions d'administration intérieure, et, en général, toutes les dispositions de détail propres à assurer l'exécution des statuts.

ART. 25.

Nul changement ne peut être apporté aux statuts qu'avec l'approbation du gouvernement.

ART. 26.

En cas de dissolution, il sera statué par la Société convoquée extraordinairement sur l'emploi et la destination ultérieure des biens-fonds, livres, etc., appartenant à la Société. Dans cette circonstance, la Société devra toujours respecter les clauses stipulées par les donateurs en prévision du cas de dissolution.

RÈGLEMENT

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

DE PARIS

TITRE PREMIER.

Attributions du bureau.

ARTICLE PREMIER.

Le président règle l'ordre d'inscription des personnes qui ont des communications à faire à la Société; il appelle les sujets à traiter conformément à l'ordre du jour; il dirige les discussions, met aux voix les propositions, recueille les suffrages et proclame les décisions de la Société. Il nomme, de concert avec les autres membres du bureau, les commissions chargées des rapports ou des travaux scientifiques; il veille à la régularité des listes de présence et les arrête à heure fixe, ainsi qu'il sera dit à l'article 10; enfin, il assure le maintien de l'ordre.

ART. 2.

Le président, en cas d'absence, est remplacé par le vice-président.

ART. 3.

Le secrétaire général a pour fonctions de préparer l'ordre du jour de chaque séance, de faire le dépouillement préalable des pièces de la correspondance manuscrite ou imprimée, de les mettre en ordre et d'en présenter une analyse sommaire; de rédiger et de signer les délibérations, les lettres écrites au nom de la Société, ainsi que tous les actes émanant d'elle; d'enregistrer toutes les pièces, de composer des notices ou des éloges et de faire enfin le

compte rendu annuel des travaux de la Société. Ce dernier travail pourra être fait par l'un des secrétaires annuels, ainsi qu'il est dit en l'article 20 des statuts.

Le secrétaire général, en cas d'absence ou de maladie, peut être remplacé provisoirement par l'un des secrétaires annuels.

Les secrétaires annuels sont chargés de rédiger les procès-verbaux des séances, d'en faire la lecture et d'en surveiller l'impression, de concert avec le secrétaire général.

Art. 4.

Toutes les pièces adressées à la Société sont datées et paraphées par le secrétaire général, le jour même de leur réception. La présentation et la lecture de ces pièces sont constatées de la même manière.

Art. 5.

Le bibliothécaire est aussi le conservateur des archives; les livres, gravures, instruments, et tous les objets offerts à la Société ou acquis par elle, sont également mis sous sa garde. Il dresse tous les ans un catalogue et un inventaire des objets de tout genre qui lui ont été remis pendant l'année écoulée.

Art. 6.

Le trésorier a la charge de toutes les écritures relatives à la comptabilité de la Société ; il signe, de concert avec le président et le secrétaire général, les bordereaux de dépense; il reçoit le prix des diplômes, les cotisations et le montant des amendes. Il est dépositaire des feuilles de présence et d'émargement; il solde les bordereaux de dépenses, en tient note exacte et rend un compte détaillé à la fin de l'année, à une commission spéciale, ainsi qu'il est dit à l'article 44.

TITRE II.

Des séances.

Art. 7.

Les séances de la Société ont lieu tous les mercredis, de trois heures et demie à six heures, au siège de la Société rue de Seine, n° 12.

Art. 8.

Lorsqu'un membre correspondant ou un associé étranger assiste à la séance, le président en informe la Société, et mention en est faite au procès-verbal.

ART. 9.

Un registre spécial est ouvert sur le bureau, durant toute la séance, pour recevoir indistinctement les signatures de tous les membres présents. Les titulaires sont tenus, en outre, de signer en temps utile la feuille de présence et la feuille d'émargement.

ART. 10.

Tout membre titulaire qui n'aura pas signé la liste de présence avant quatre heures, et la liste d'émargement après quatre heures et demie, sera passible d'une amende de cinq francs. Il n'est admis d'excuse à cet égard que lorsqu'un membre a obtenu un congé pour des motifs reconnus légitimes.

ART. 11.

Les demandes de congés sont examinées par une commission de trois membres, nommée au scrutin et renouvelée tous les ans, qui, appréciant la validité des demandes, accorde ou refuse les congés. Ses décisions sont absolues.

ART. 12.

Les travaux des séances ont lieu dans l'ordre suivant :

1° Lecture et adoption du procès-verbal ;

2° Correspondance ;

3° Lecture des rapports ;

4° Lecture des travaux originaux ;

5° Présentations de malades, de pièces anatomiques et d'instruments.

Néanmoins, la Société peut, sur la proposition du bureau et selon le besoin, intervertir cet ordre de travaux.

ART. 13.

La Société entend la lecture des mémoires et des rapports, d'après leur ordre d'inscription et en donnant la préséance à ses membres. Cependant elle peut, par délibération expresse, accorder un tour de faveur à des personnes étrangères. Tout travail manuscrit adressé pour être lu en séance le sera à son tour d'inscription, après avoir été soumis à l'approbation du bureau. Cependant la Société peut, par délibération expresse, accorder un tour de faveur.

ART. 14.

Une lecture ne peut être interrompue, suspendue et renvoyée à une commission que d'après l'avis du bureau ; en cas de réclamation, la Société, consultée, prononce une décision.

Art. 15.

Tout travail manuscrit communiqué par des personnes étrangères à la Société est déposé sur le bureau, et ne peut, dans aucun cas, être repris par l'auteur. Après le rapport fait, le travail et le rapport sont classés aux archives, et alors seulement l'auteur peut faire prendre copie de son ouvrage. Une exception est faite à cet égard pour les planches et dessins, qui resteront la propriété de l'auteur.

Art. 16.

Tout travail inédit présenté par des personnes étrangères à la Société sera l'objet d'un rapport soit verbal, soit écrit, selon son importance, et ainsi que le bureau en décidera. Cependant, si trois membres réclament contre la décision du bureau, la Société pourra la modifier. Si l'auteur publie son mémoire avant la lecture du rapport, ce rapport ne pourra avoir lieu devant la Société.

Art. 17.

Les commissions chargées de rapports écrits sont composées ordinairement de trois membres, et exceptionnellement de cinq. Les rapports verbaux sont confiés à un seul rapporteur.

Art. 18.

Le commissaire nommé le premier reçoit les pièces à examiner et en accuse réception sur un registre spécial. C'est lui qui est chargé de convoquer la commission, et celle-ci choisit elle-même son rapporteur.

Art. 19.

Tout rapport verbal devra être fait dans le mois qui suivra la remise des pièces au rapporteur; tout rapport écrit, dans un délai de deux mois. Toutefois, la Société pourra proroger ce délai si la nature du travail l'exige. Les commissaires en retard seront, au bout de trois mois, avertis publiquement en séance par le président, et celui-ci, après deux avertissements, aura le droit de nommer une autre commission.

Art. 20.

Si l'ordre des travaux de la Société ne permet pas d'entendre les rapports dans les délais précités, le rapporteur justifiera de l'accomplissement de ses devoirs, savoir : pour les rapports verbaux, par son inscription sur le registre du président, pour les rapports écrits, par le dépôt du rapport sur le bureau.

Art. 21.

Tout rapport est discuté avant d'être mis aux voix. La parole est en conséquence accordée à tous les membres qui la réclament, chacun à son tour et suivant l'ordre d'inscription dressé par le président. Si toutefois une discussion s'animait assez pour que des orateurs déclarassent s'inscrire *pour* ou *contre*, la parole serait accordée alternativement à un orateur *pour* et à un orateur *contre*.

Art. 22.

Par exception à l'article précédent, la parole doit être accordée à tout orateur qui la demande, durant le cours de la discussion, pour rétablir la question, pour réclamer la clôture ou l'ordre du jour, et enfin pour un fait personnel.

Art. 23.

Le même membre ne peut obtenir plus de trois fois la parole dans une discussion, à moins d'une décision de la Société.

Art. 24.

Le rapporteur a le droit de prendre la parole le dernier.

Art. 25.

Le président rappelle à l'ordre quiconque dépasserait les limites de la discussion scientifique, et il rappelle à la question tout orateur qui s'éloignerait de l'objet de la discussion.

Art. 26.

La discussion, une fois ouverte, ne peut être fermée que de deux manières : ou bien parce qu'aucun membre ne demande plus la parole, ou bien parce que la Société, consultée, prononce la clôture ou l'ordre du jour.

Art. 27.

En conséquence, le président ne peut, de sa propre autorité, interrompre ou terminer une discussion, proposer la clôture ou l'ordre du jour, et, pour consulter la Société à cet égard, il faut que la clôture ou l'ordre du jour proposé par un membre soit appuyé par deux autres membres au moins. Toutefois, dans le cas où l'ordre ne pourrait être rétabli, le président, après avoir consulté les autres membres du bureau, a le droit de lever la séance.

Art. 28.

Après la discussion d'un rapport, les conclusions seules sont mises aux voix; s'il y a des amendements appuyés, ils ont la priorité. Si cependant la proposition nouvelle entraînait le rejet des conclusions du rapport, celles-ci seraient mises aux voix les premières

Art. 29.

Les personnes étrangères à la Société ne peuvent assister à la lecture et à la discussion des rapports faits sur leurs ouvrages. Le secrétaire général est chargé de leur adresser la copie certifiée des conclusions adoptées.

Art. 30.

Les communications faites par les membres de la Société ne sont pas soumises à un rapport, et la discussion peut s'ouvrir immédiatement après. Néanmoins, sur la demande de trois membres, la Société peut passer à l'ordre du jour et renvoyer la discussion à la séance suivante.

Art. 31.

Après la clôture des discussions ouvertes sur les travaux des membres de la Société, on passe à l'ordre du jour si nulle proposition n'est faite. Tout membre titulaire ou honoraire a le droit de réclamer l'envoi du travail discuté au comité de publication; si cette proposition est appuyée au moins par deux autres membres, elle est immédiatement mise aux voix.

Art. 32.

La Société n'autorise aucuns frais de dessin ou de moulage d'une pièce pathologique sans que la description écrite de celle-ci et l'observation qui s'y rattache aient été préalablement déposées sur le bureau.

TITRE III

Comité secret.

Art. 33.

Les comités secrets ont lieu le jour des séances de la Société, à quatre heures et demie. Toute lecture, toute discussion doit immédiatement cesser à l'heure indiquée.

ART. 34.

Le comité secret est annoncé en séance par le président huit jours à l'avance. Les membres absents sont avertis par lettre dans le courant de la semaine. Exceptionnellement, et seulement pour cause majeure et urgente, le président, sur l'avis du bureau, peut décider que le comité secret aura lieu le jour même.

ART. 35.

Chaque membre titulaire ou honoraire a le droit de provoquer un comité secret. A cet effet, il dépose sur le bureau une demande écrite et motivée, signée de lui et de deux autres membres. Le président, après avoir pris connaissance de cette proposition et consulté le bureau, accorde ou refuse le comité secret. Toutefois, les demandes rejetées par le président peuvent toujours être soumises à la Société, qui prononce souverainement.

ART. 36.

Dans les comités secrets, convoqués suivant les formalités indiquées dans les deux articles précédents, les membres présents pourront voter, quel que soit leur nombre; il suffira, pour la validité du vote, que la majorité des assistants y ait pris part, excepté dans les cas prévus par les articles 66, 73 et 74 du règlement.

TITRE IV.

Recettes et dépenses.

ART. 37.

Le droit d'admission dans la Société est fixé à 20 francs pour les membres titulaires, honoraires et correspondants nationaux. Le diplôme des associés et des correspondants étrangers est gratuit.

ART. 38.

Les membres titulaires et honoraires sont soumis à la même cotisation mensuelle, fixée comme il est dit en l'article 17 des statuts. Les membres honoraires nommés avant le 1er janvier 1862 sont exempts de cette cotisation.

ART. 39.

Les membres correspondants nationaux nommés après le 1er janvier 1862 sont soumis à une cotisation annuelle de 25 francs, qui est perçue à leur domicile, aux frais de la Société, à la fin de chaque année. Néanmoins, tout membre correspondant national

qui en fera la demande pourra être exempté de sa cotisation annuelle, moyennant une somme de 500 francs, qui sera versée par lui, en deux annuités de 250 francs chacune ou en une seule fois, entre les mains du trésorier de la Société, pour être jointe aux fonds disponibles de la Société et être placée en rentes sur l'État.

ART. 40.

Le trésorier fait recouvrer les amendes sans retard et porte en compte les frais de ces recouvrements.

ART. 41.

Tout membre qui, trois mois après la mise en demeure faite par le trésorier, n'aura pas versé le montant de sa cotisation et des amendes qu'il aura encourues, recevra successivement deux avertissements officiels, signés par le président et par les autres membres du bureau. Si ces avertissements sont sans effet, il sera déclaré démissionnaire et perdra ses droits à sa part de propriété des objets appartenant à la Société.

ART. 42.

Le trésorier conserve les listes de présence comme pièces de comptabilité; il tient, en outre, un registre exact de toutes les amendes encourues pour toutes les causes spécifiées dans le présent règlement.

ART. 43.

Les recettes provenant de la vente des publications de la Société seront encaissées par le trésorier aux échéances convenues avec les libraires chargés de la vente, et le placement en sera fait le plus tôt possible.

ART. 44.

Les frais de bureau et d'administration sont réglés par le bureau et acquittés par le trésorier, sur le visa du président.

ART. 45.

Les frais de publication sont réglés par le Comité de publication et acquittés par le trésorier, sur le visa du président.

ART. 46.

Le trésorier présente ses comptes dans l'avant-dernière séance de décembre. Une commission composée de cinq membres est nommée par le sort, séance tenante, et doit faire un rapport détaillé sur ces comptes dans la séance suivante. La Société vote ensuite sur ce rapport; après quoi, s'il y a lieu, le président donne

au trésorier décharge de sa gestion sur ses registres mêmes. Tout retard dans la présentation de comptes ou du rapport fera encourir au trésorier ou à chacun des commissaires une amende de cinq francs par chaque séance.

ART. 47.

Immédiatement après le renouvellement du bureau, une commission composée de trois membres est désignée par le sort pour examiner le catalogue des pièces anatomiques, dessins, instruments, etc., confiés au bibliothécaire-archiviste. Cette commission fait son rapport dans la séance suivante. Le président donne au bibliothécaire décharge de sa gestion sur le catalogue même. Tout retard dans la présentation du catalogue ou du rapport fera encourir au bibliothécaire ou à chacun des commissaires une amende de cinq francs par chaque séance.

TITRE V.

Droits des membres honoraires et correspondants nationaux.

ART. 48.

Les membres honoraires et correspondants nationaux nommés après le 1er janvier 1862 reçoivent gratuitement toutes les publications de la Société.

ART. 49.

Les membres honoraires nommés à partir du 1er janvier 1863 jouissent des mêmes droits que les titulaires, excepté du droit de faire partie du bureau. Ils sont exempts des amendes. Ils peuvent faire partie des commissions, mais ils n'y sont pas obligés.

ART. 50.

Les membres correspondants nationaux nommés après le 1er janvier 1862, qui assistent à une séance ou à un comité secret, ont voix consultative dans les délibérations.

ART. 51.

Les membres honoraires et correspondants nationaux nommés avant le 1er janvier 1862 sont admis, sur leur demande, à jouir des droits énoncés dans les trois articles précédents, à la condition de se conformer aux prescriptions des articles 38 et 39.

TITRE VI.

Publications.

ART. 52.

Le comité de publication se compose du secrétaire général et des deux secrétaires annuels, ainsi qu'il est dit à l'article 3.

ART. 53.

Les travaux imprimés de droit sont les mémoires et rapports dus aux membres titulaires, honoraires et correspondants de la Société. Par exception, et sur délibération expresse ratifiée par un vote rendu en séance publique, l'Assemblée pourra faire retrancher d'un mémoire ou rapport dû à un membre titulaire, honoraire ou correspondant, certaines parties qui sembleraient n'avoir pas un caractère exclusivement scientifique.

L'Assemblée peut, sur la proposition du rapporteur, décider l'impression intégrale d'un mémoire adressé par une personne étrangère à la Société.

ART. 54.

Les manuscrits doivent être remis séance tenante au secrétaire annuel en fonctions. Celui-ci devra remettre, le lendemain de la séance avant 10 heures du matin, à l'éditeur de la Société les mémoires, rapports et procès-verbaux de discussion, classés et prêts pour l'impression, ainsi qu'il est dit aux articles 3 et 12.

ART. 55.

Ces *Bulletins et mémoires* sont publiés par fascicules hebdomadaires, paraissant avant la séance suivante. Le dernier fascicule contient la table analytique des matières et auteurs, dressée par les soins du secrétaire annuel en fonctions.

ART. 56.

Les auteurs des travaux publiés pourront faire faire à leurs frais un tirage à part à cent exemplaires. Ce chiffre ne pourra être dépassé sans l'autorisation du bureau.

TITRE VII.

Élections.

Élections du bureau.

ART. 57.

Les élections du président, du vice-président, du secrétaire général, des secrétaires annuels, du bibliothécaire-archiviste et

des membres du Comité de publication ont lieu dans l'avant-dernière séance de décembre. Le nouveau bureau entre en fonctions dans la troisième séance de janvier.

Élections des titulaires.

ART. 58.

Les places de titulaires sont déclarées vacantes par une délibération spéciale. Il ne peut être déclaré plus d'une place vacante à la fois.

ART. 59.

Un mois après la déclaration de vacance, la Société nomme au scrutin de liste, et à la majorité absolue des membres présents, une Commission de trois membres chargée de faire un rapport d'ensemble sur les titres des candidats et de dresser une liste de présentation. Ce rapport devra être fait trois semaines après que le secrétaire général aura remis à la Commission les pièces justificatives.

ART. 60.

Le rapport est lu en comité secret et discuté séance tenante. En cas de désaccord entre la Commission et l'Assemblée sur le classement proposé, le rapport est renvoyé à la Commission pour supplément d'information. Si le désaccord persiste à la séance suivante, il est voté sur chaque candidat, si 10 membres en font la demande écrite, et l'Assemblée établit définitivement la liste de présentation. Le vote pour la nomination a lieu publiquement dans la séance suivante; il n'a lieu que si les deux tiers des membres titulaires assistent à la séance.

Élections des correspondants.

ART. 61.

Le secrétaire général est chargé : 1° de dresser le tableau des membres correspondants nationaux et étrangers; 2° de dresser les deux listes des candidats aux places de membres correspondants; 3° de conserver toutes les indications et toutes les pièces relatives à chaque candidat.

ART. 62.

La Société est appelée à élire des membres correspondants, soit nationaux, soit étrangers, toutes les fois que le bureau, d'après l'examen du cadre des membres correspondants, et d'après

l'examen des listes de candidats, déclare la vacance d'un certain nombre de places.

ART. 63.

Le nombre des places déclarées vacantes pour chaque élection ne peut dépasser le tiers du nombre des candidats.

ART. 64.

Dans la séance qui suit la déclaration de vacance, la Société nomme au scrutin de liste, et à la majorité absolue, une Commission de quatre membres chargée de présenter un rapport sur les candidatures et de dresser une liste de candidats par ordre de mérite. Le secrétaire général est adjoint de droit à cette Commission. Le rapport devra être fait dans le délai d'un mois.

ART. 65.

Le rapport est lu en comité secret et discuté séance tenante. En cas de désaccord entre la Commission et l'Assemblée, il sera procédé comme il est dit à l'article 60. L'élection a lieu publiquement dans la séance suivante, à la majorité absolue et au scrutin de liste lorsque plusieurs places sont déclarées vacantes à la fois. Elle n'a lieu que lorsque la moitié plus un des membres titulaires assistent à la séance.

TITRE VIII.

Radiations.

ART. 66.

En cas d'indignité, résultant d'une faute grave de droit commun ou professionnelle, une Commission spéciale, réunie par le bureau, pourra proposer la radiation d'un membre titulaire, associé ou correspondant.

Cette Commission sera composée, outre les membres du bureau, de cinq membres titulaires et honoraires élus au scrutin de liste, en comité secret, par les membres titulaires et honoraires convoqués spécialement à cet effet.

Quinze jours après le dépôt du rapport de la Commission, la Société, prévenue par convocation spéciale, vote au scrutin secret sur la proposition de la Commission.

L'intéressé a le droit de présenter ses explications, soit verbalement, soit par écrit, tant à la Commission que devant la Société.

La présence de la moitié plus un des membres titulaires de la Société est nécessaire pour la validité de la délibération. La radia-

tion ne peut être prononcée que par une majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

En cas d'insuffisance du nombre des votants, le scrutin sera recommencé à la séance suivante, après une nouvelle convocation, sans que cette fois il soit nécessaire de réunir un nombre de votants déterminé.

Dans ce cas encore, la radiation ne sera prononcée que par une majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

TITRE IX.

Concours et prix.

ART. 67.

La Société décerne tous les ans les prix résultant des dons particuliers qui lui ont été faits. Elle se conforme aux intentions des donateurs.

ART. 68.

Les membres titulaires et honoraires sont exclus de ces concours.

ART. 69.

Lorsque l'anonymat est exigé, les mémoires doivent porter une épigraphe apparente; le nom et l'adresse de l'auteur sont dans une enveloppe soigneusement cachetée, sur laquelle est répétée l'épigraphe.

ART. 70.

Les mémoires sont renvoyés, pour chaque prix proposé, à une Commission de trois membres, élus en séance publique et au scrutin de liste.

ART. 71.

Cette Commission fait son rapport en comité secret et soumet son jugement à la ratification de la Société. En cas de désaccord entre la Commission et l'Assemblée, une nouvelle Commission sera nommée.

TITRE X.

Séances annuelles.

ART. 72.

La séance annuelle a lieu le troisième mercredi de janvier. Le Bureau de l'année révolue est chargé de préparer l'ordre du jour de cette séance, suivant les prescriptions de l'article 20 des statuts.

TITRE XI.

Revision du règlement.

Art. 73.

Toute proposition tendant à modifier le règlement devra être signée au moins par trois membres titulaires ou honoraires, déposée sur le bureau et renvoyée à l'examen d'une Commission de cinq membres titulaires, nommés au scrutin de liste et à la majorité relative. Le rapport de cette Commission sera lu et discuté en comité secret dans la séance suivante. Le vote aura lieu immédiatement après la clôture de la discussion, et la proposition ne sera adoptée que si, la moitié au moins des membres titulaires étant présents, elle réunit lés deux tiers des voix des membres titulaires et honoraires présents. Ce vote ne sera valable que si tous les membres titulaires et honoraires ont été personnellement convoqués.

Art. 74.

Toute proposition tendant à modifier les statuts devra être signée de dix membres titulaires ou honoraires, déposée sur le bureau et soumise à l'examen d'une Commission de cinq membres titulaires, nommés au scrutin de liste et à la majorité absolue. Le rapport de la Commission sera lu et discuté en comité secret. Le vote aura lieu immédiatement après la clôture de la discussion. Tous les membres titulaires ou honoraires devront être invités personnellement à assister à ce comité secret, et la présence des titulaires y sera obligatoire. Si la modification proposée réunit les deux tiers des voix des membres présents, le bureau sera chargé de soumettre le nouvel article à l'approbation du gouvernement, conformément à l'article 25 des statuts.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La Société de chirurgie dispose de cinq prix : le prix Duval, le prix Laborie, le prix Gerdy, le prix Demarquay et le prix Ricord; *les deux premiers sont annuels, les trois derniers sont biennaux.*

Le prix Duval a été fondé par Jacques-René Duval, membre de la Société de chirurgie de Paris. Le 12 juillet 1854, la Société a pris la décision suivante : « La Société de chirurgie de Paris, après une donation de M. Duval, fonde, à titre d'encouragement, un prix annuel de la valeur de 100 francs, en livres, pour l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année. Autant que possible, les recherches doivent porter sur un seul sujet et s'appuyer sur des observations recueillies par l'auteur lui-même dans un service d'hôpital.

« Tous les auteurs, anciens et modernes, qui ont traité le même sujet, devront être indiqués, ainsi que la source précise des citations.

« Sont seuls admis à concourir : les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes définitifs dans les hôpitaux ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine. » Les aides-médecins de la marine nommés au concours sont assimilés aux internes des hôpitaux (4 novembre 1885).

Les thèses soutenues depuis le 1er novembre de l'année 1896 jusqu'au 1er novembre de l'année 1897 seront seules admises à concourir. Les candidats devront adresser franco deux exemplaires de leur thèse au secrétariat de la Société avant le 1er novembre 1897. Par la bienveillance de M. le Dr Marjolin, membre fondateur de la Société, le montant du prix Duval est porté de 100 à 300 francs à partir de 1886; le prix ne pourra être partagé.

Le prix Édouard Laborie a été fondé par Mme veuve Laborie, le 6 mai 1868. Il est annuel et de la valeur de 1,200 francs.

La Société a pris en 1868, les décisions suivantes :

« Le prix Édouard Laborie sera décerné chaque année dans la séance solennelle de la Société (deuxième mercredi de janvier) à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante.

« Les auteurs sont libres de choisir les sujets de leurs mémoires; toutefois, la Société indiquera tous les six ans un sujet de mémoire pris parmi les points de la chirurgie dont le docteur Laborie s'est plus particulièrement occupé.

« Tous les docteurs et élèves en médecine, français et étrangers, sont admis à prendre part au concours.

« Les mémoires, écrits en français, en latin, en anglais ou en allemand, devront être envoyés (affranchis) à M. le Secrétaire général de la Société de chirurgie de Paris, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er novembre de chaque année.

« Les manuscrits doivent être adressés dans les formes académiques, c'est-à-dire non signés, mais portant une épigraphe reproduite sur la suscription d'une lettre renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat. »

Le prix Gerdy a été fondé par Vulfranc Gerdy, en souvenir de son frère P.-N. Gerdy, membre de la Société de chirurgie. Ce prix, fondé e 26 novembre 1873, est biennal et de la valeur de 2,000 francs.

Le sujet à traiter par les concurrents est indiqué par la Société et donné deux années à l'avance. Les règles du concours sont celles du prix Laborie.

Le prix Demarquay a été fondé en 1875, par Jean-Nicolas Demarquay, membre de la Société de chirurgie, qui a légué à la Société une somme de 10,000 francs. Le prix est biennal et de la valeur de 700 francs.

Le sujet, indiqué par la Société, est donné deux années à l'avance; les règles du concours sont celles du prix Laborie.

Le prix Ricord a été fondé, en 1889, par Philippe Ricord, membre de la Société de chirurgie, qui a légué à la Société une somme de 5,000 francs. Le prix est biennal et de la valeur de 300 francs.

Il est décerné à l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie ou d'un mémoire publié dans le courant de l'année et n'ayant pas encore été l'objet d'une récompense dans une autre Société.

Les manuscrits pourront être signés. A cette différence près, les règles du concours sont celles du prix Laborie.

PERSONNEL

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

COMPOSITION DU BUREAU POUR L'ANNÉE 1900

Président . . . . MM. Richelot.
Vice-Président . . . . Reclus (Paul.)
Secrétaire général . . . . Segond (Paul.)
Secrétaires annuels . . . . Jalaguier et Marchant (Gérard).
Trésorier . . . . Walther.
Archiviste . . . . Brun.

MEMBRES HONORAIRES

10 février 1897 . .	MM.	Anger (Théophile), titulaire de.	1876
3 mai 1899 . . .		Berger, titulaire de.	1878
26 juillet 1893 . .		Chauvel, titulaire de	1882
19 octobre 1887. .		Cruveilhier, titulaire de.	1868
14 décembre 1898.		Delens, titulaire de.	1877
29 mars 1882. . .		Dubreuil, titulaire de.	1872
5 mai 1886. . . .		Duplay, titulaire de.	1868
28 mars 1886. . .		Guéniot, titulaire de.	1868
22 novembre 1882.		Guyon (Félix), titulaire de.	1863
3 mars 1886. . .		L. Labbé, titulaire de	1865
23 janvier 1889. .		Lannelongue, titulaire de	1872
19 mai 1897 . . .		L. Championnière	1875
17 février 1892 . .		Le Dentu, titulaire de.	1873
4 mai 1898. . . .		Monod, titulaire de	1880
11 mai 1887. . . .		Ollier, de Lyon.	
26 mai 1888. . . .		Panas, titulaire de.	1865
9 juillet 1879. . .		Paulet, titulaire de	1868
13 mars 1895. . .		Perier, titulaire de	1875
3 mai 1893 . . .		Polaillon, titulaire de	1873
27 octobre 1886. .		Marc Sée, titulaire de.	1868
28 novembre 1894.		Terrier, titulaire de.	1874
12 novembre 1890.		Tillaux, titulaire de.	1866

MEMBRES TITULAIRES

26 juillet 1899 . .	MM.	ALBARRAN.
12 juin 1890. . . .		BAZY.
20 décembre 1899.		BEURNIER.
12 mars 1884. . .		BOUILLY.
18 décembre 1895.		BROCA (Aug.).
29 mai 1889 . . .		BRUN.
13 décembre 1893.		CHAPUT.
21 juin 1898 . . .		DELBET.
9 mars 1892. . .		DELORME.
26 avril 1891 . . .		FÉLIZET.
16 février 1898. .		GUINARD.
10 mars 1897. . .		HARTMANN.
10 juin 1896 . . .		HENNEQUIN.
12 décembre 1888.		JALAGUIER.
30 décembre 1885.		KIRMISSON.
22 juillet 1896. . .		LEJARS.
4 décembre 1889.		MARCHANT (Gérard).
10 mai 1893. . . .		MICHAUX.
29 juillet 1887. . .		NÉLATON.
9 juin 1886 . . .		PEYROT.
14 décembre 1892.		PICQUÉ.
27 mars 1895. . .		POIRIER.
27 avril 1881 . . .		POZZI (S.).
10 mai 1887 . . .		QUÉNU.
16 juin 1897 . . .		POTHERAT.
15 février 1899 . .		ROCHARD.
18 avril 1883 . . .		RECLUS.
4 janvier 1888. .		REYNIER (P.).
18 juillet 1894. . .		RICARD.
6 décembre 1882.		RICHELOT.
11 juillet 1888. . .		ROUTIER.
1er décembre 1886.		SCHWARTZ (Ch.).
9 février 1887. .		SEGOND.
22 juin 1892. . . .		TUFFIER.
22 avril 1896 . . .		WALTHER.

MEMBRES CORRESPONDANTS

NATIONAUX

MM. Auffret, marine.
Baizeau, armée.
Baudon, à Nice.
Badal, professeur à la Faculté de Bordeaux
Barette, à Caen.
Bérenger-Féraud, marine.
Bœckel (Eugène), à Strasbourg.
Bœckel (Jules), à Strasbourg.
Boissarie, à Sarlat.
Boursier, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.
Bousquet, professeur à l'École de Clermont.
Braquehaye, à Bordeaux.
Brault, à Alger.
Broussin, à Versailles.
Bruch, professeur à l'École d'Alger.
Cahier, armée.
Cauchois, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, à Rouen.
Cerné, professeur de clinique à l'École de Rouen.
Chalot, professeur à la Faculté de Toulouse.
Chapplain, professeur à l'École de Marseille.
Chavasse, armée.
Chedevergne, professeur à l'École de Poitiers.
Chevassu, armée.
Chénieux, professeur à l'École de Limoges.
Choux, armée.
Chupin, armée.
Claudot, armée.
Closmadeuc, chirurgien de l'hôpital de Vannes.
Combalat, professeur à l'École de Marseille.
Dardignac, armée.
Dauvé, armée.
Dayot,, professeur suppléant à l'École de médecine de Rennes.
Defontaine, au Creusot.
Delacour, directeur de l'École de Rennes.
Delagenière, au Mans.

MM. Delanglade, professeur suppléant à l'Institut de Marseille.
Delore, ex-chirurgien-major de la Charité, à Lyon.
Demons, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Demmler, armée.
Denucé, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Dieu, armée.
Dubar, professeur à la Faculté de Lille.
Dubourg, à Bordeaux.
Dudon, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.
Duplouy, marine.
Duret, professeur à la Faculté libre de Lille.
Ehrmann, à Mulhouse.
Étienne, à Toulouse.
Ferraton, armée.
Février, professeur agrégé à la Faculté de Nancy.
Folet, professeur à la Faculté de Lille.
Fontan, professeur à l'École de Toulon.
Fontorbe, marine.
Forgue, professeur à la Faculté de Montpellier.
Gaujot, armée.
Gayet, professeur à la Faculté de Lyon.
Gellé, chirurgien de l'hôpital de Provins.
Gripat, professeur à l'École d'Angers.
Gross, professeur à la Faculté de Nancy.
Guelliot, chirurgien des hôpitaux de Reims.
Guermonprez, professeur à la Faculté libre de Lille.
Hache, professeur à la Faculté de Beyrouth.
Herrgott, professeur à la Faculté de Nancy.
Heurtaux, professeur à l'École de Nantes.
Houzel, à Boulogne-sur-Mer.
Hue (Jude), à Rouen.
Hue (François), professeur suppléant à l'École de Rouen.
Jouon, professeur à l'École de Nantes.
Kœberlé, à Strasbourg.
Lagrange, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Lanelongue, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Larger, à Maisons-Laffite.
Latouche, à Autun.
Le Clerc, à Saint-Lô.
Lemaître, à Limoges.
Linon, armée.
Loison, armée.
Malapert, à Poitiers.
Malherbe fils, professeur à l'École de Nantes.
Masse, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Maunoury, chirurgien de l'hôpital de Chartres.
Ménard, chirurgien de l'hôpital de Berck.
Mignon, armée.

MM. MONOD (Eugène), chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.
MONPROFIT, professeur suppléant à l'École d'Angers.
MONTEILS, à Mende (Lozère).
MORDRET, au Mans.
MOTY, médecin-major de l'armée.
MOUCHET, à Sens.
NEPVEU, professeur à l'École de Marseille.
NIMIER, armée.
NOTTA, chirurgien de l'hôpital de Lisieux.
OVION, à Boulogne-sur-Mer.
PAMARD, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Avignon.
PAUZAT, armée.
PEUGNIEZ, professeur à l'École d'Amiens.
PHOCAS, professeur agrégé à la Faculté de Lille.
PIÉCHAUD, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
PILATE, chirurgien de l'hôpital d'Orléans.
POISSON, professeur suppléant à l'École de Nantes.
PONCET (A.), professeur à la Faculté de Lyon.
POUSSON, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
QUEIREL, chirurgien des hôpitaux de Marseille.
REBOUL, à Nîmes.
ROBERT, armée.
ROHMER, professeur à la Faculté de Nancy.
ROUX (Gabriel), professeur suppléant à l'École de Marseille.
SIEUR, armée.
SIRUS-PIRONDI, chirurgien de l'hôpital de Marseille.
SCHMIDT, armée.
SILBERT, à Aix.
TACHARD, armée.
TÉDENAT, professeur à la Faculté de Montpellier.
TÉMOIN, à Bourges.
THOMAS (Louis), à Tours.
TURGIS, à Falaise.
VAST, chirurgien de l'hôpital de Vitry-le-François.
VIARD, à Montbard (Côte-d'Or).
VILLAR, à Bordeaux.
VILLENEUVE, chirurgien des hôpitaux, à Marseille.
VINCENT, professeur à l'École d'Alger.
WEISS, professeur à la Faculté de Nancy.

MEMBRES ASSOCIÉS ÉTRANGERS

12 janvier 1887. .	MM.	Albert (E.), Vienne.
2 février 1898. .		Annandale, Édimbourg.
11 août 1875 . . .		Bowmann, Londres.
4 janvier 1888. .		Bryant (Th.), Londres.
11 janvier 1893. .		Cheever, Boston.
17 janvier 1900. .		Esmarch, Kiel.
2 février 1898 . .		Julliard, Genève.
4 janvier 1888. .		Holmes (Th.), Londres.
janvier 1880. .		Lister, Londres.
10 janvier 1877. .		Longmore, Netley-Southampton.
17 janvier 1900. .		Mac Ewen, Glascow.
20 janvier 1886. .		Reverdin (J.), Genève.
13 janvier 1892. .		Rossander (C.), Stockholm.
11 janvier 1893. .		Saxtorph, Copenhague.
21 janvier 1885. .		Sklifossowsky, Moscou.
13 janvier 1892. .		Slawianski (K. de), Saint-Pétersbourg.
16 janvier 1884. .		Soupart, Gand.
12 janvier 1887. .		Thompson, Londres.
20 janvier 1886. .		Tilanus, Amsterdam.

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

---

22 janvier 1896. . MM. Bayer, Prague.
3 janvier 1892. . Bloch (O.), Copenhague.
2 février 1898 . . Bobroff, Moscou.
17 septembre 1851. Borelli, Turin.
13 janvier 1869. . Brodhurst, Londres.
2 février 1898 . . Bruns, Tübingen.
22 décembre 1852. Burggrave, Gand.
4 janvier 1888. . Ceccherelli (A.), Parme.
4 janvier 1889 . . Chiene, Édimbourg.
10 janvier 1894. . Czerny (V.), Heidelberg.
10 janvier 1894. . Demosthen (A.), Bucharest.
16 janvier 1895 . . Durante (Fr.), Rome.
9 janvier 1879. . Galli, Lucques.
13 janvier 1892. . Galvani, Athènes.
13 janvier 1869. . Gautier, Genève.
13 janvier 1864. . Gherini, Milan.
2 février 1898 . . Girard, Berne.
9 janvier 1879 . . Gritti, Milan.
3 janvier 1865 . . Gurlt (E.). Berlin.
16 janvier 1895. . Horsley, Londres.
2 janvier 1865. . Humphry (G.-M.), Cambridge.
31 décembre 1862. Hutchinson (J.), Londres.
21 janvier 1891 . . Jamieson (Alex.), Shanghaï.
17 janvier 1900 . . Jonesco, Bucharest.
10 janvier 1894 . . Keen (W.-W.), Philadelphie.
13 janvier 1892. . Kocher, Berne.
13 janvier 1892 . . Kouzmine, Moscou.
21 janvier 1891. . Kummer, Genève.
20 janvier 1897. . Lardy, Constantinople.
2 février 1898 . . Levchine, Russie.

16 janvier 1884. . MM. Lucas (Clément), Londres.
16 janvier 1895. . Mac Burney, New-York.
11 janvier 1893. . Martin (Édouard), Genève.
17 janvier 1900. . Matlakowsky, Varsovie.
12 janvier 1887. . Maydl, Vienne.
17 janvier 1900. . Mayo-Robson, Leeds.
22 janvier 1896. . Mikulicz, Breslau.
21 janvier 1891. . De Mooy, La Haye.
3 janvier 1883. . Mosetig-Moorhof, Vienne.
22 janvier 1896. . Murphy, Chicago.
20 janvier 1897. . Novaro, Bologne.
17 janvier 1900. . Paci, Pise.
8 janvier 1868. . Pemberton, Birmingham.
15 janvier 1890. . Pereira-Guimaraès, Rio-Janeiro.
21 janvier 1885. . Plum, Copenhague.
22 janvier 1896. . Ratimoff, Saint-Pétersbourg.
12 janvier 1887. . Reverdin (A.), Genève.
6 juillet 1859. . . Ried, Iéna.
21 janvier 1891. . Romniceanu, Bucarest.
7 janvier 1880. . Rose (Edm.), Berlin.
11 août 1875 . . . Rouge, Lausanne.
25 janvier 1890. . Roux, Lausanne.
17 janvier 1900. . Rydygier, Lemberg.
7 janvier 1880. . Saboia, Rio-Janeiro.
31 décembre 1862. Sangalli, Pavie.
21 janvier 1885. . Saltzmann, Helsingfors.
11 janvier 1893. . Saxtorph (Sylvester), Copenhague.
20 mars 1867. . . Simon (John), Londres.
16 janvier 1895. . Sonnenburg, Berlin.
17 janvier 1900. . Souchon, Nouvelle-Orléans.
21 janvier 1885. . Stimson (Lewis A.), New-York.
21 janvier 1885. . Studsgaard, Copenhague.
31 décembre 1862. Sperino (Casimir), Turin.
31 décembre 1862. Testa, Naples.
20 janvier 1886. . Thiriar, Bruxelles.
10 janvier 1894. . Thornton, Londres.
11 janvier 1893. . Vlaccos, Mytilène.
11 janvier 1893. . Wier, New-York.
13 janvier 1892. . Ziembicki, Lemberg (Galicie).

PRÉSIDENTS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DEPUIS SA FONDATION

1844. MM. A. Bérard.
1845. Michon.
1846. Monod père.
1847. Lenoir.
1848. Robert.
1849. Cullerier.
1850. Deguise père.
1851. Danyau.
1852. Larrey.
1853. Guersant.
1854. Denonvilliers.
1855. Huguier.
1856. Gosselin.
1857. Chassaignac.
1858. Bouvier.
1859. Deguise fils.
1860. Marjolin.
1861. Laborie.
1862. Morel-Lavallée.
1863. Depaul.
1864. Richet.
1865. Broca.
1866. Giraldès.
1867. Follin.
1868. Legouest.
1869. Verneuil.
1870. A. Guérin.
1871. Blot.
1872. Dolbeau.
1873. MM. Trélat.
1874. Maurice Perrin.
1875. Le Fort.
1876. Houel.
1877. Panas.
1878. Félix Guyon.
1879. S. Tarnier.
1880. Tillaux.
1881. de Saint-Germain.
1882. Léon Labbé.
1883. Guéniot.
1884. Marc Sée.
1885. S. Duplay.
1886. Horteloup.
1887. Lannelongue.
1888. Polaillon.
1889. Le Dentu.
1890. Nicaise.
1891. Terrier.
1892. Chauvel.
1893. Ch. Perier.
1894. L.-Championnière.
1895. Th. Anger.
1896. Ch. Monod.
1897. Delens.
1898. Berger.
1899. Pozzi.
1900. Richelot.

BIENFAITEURS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

René Duval et René Marjolin, fondateurs d'un prix annuel de 300 fr.

Édouard Laborie, fondateur d'un prix annuel de 1,200 francs.

Vulfranc Gerdy, fondateur d'un prix biennal de 2,000 francs.

Pierre-Charles Huguier, donateur d'une rente annuelle de 1,000 francs, et Mme Huguier, sa veuve, donatrice d'une somme de 10,000 francs, destinées à favoriser les publications scientifiques de la Société.

Demarquay, fondateur d'un prix biennal de 700 francs.

Ricord, fondateur d'un prix biennal de 300 francs.

Paul Guersant, — Lenoir, — Payen, — Velpeau, — Gerdy, — baron Larrey, donateurs de livres pour la bibliothèque de la Société.

La Société de chirurgie reçoit régulièrement les publications périodiques suivantes :

Paris. — Abeille médicale. — Annales de gynécologie. — Annales des maladies de l'oreille et du larynx. — Annales des maladies des organes génito-urinaires. — Archives générales de médecine et de chirurgie. — Archives de gynécologie et de tocologie. — Archives de médecine militaire. — Bulletin de l'Académie de médecine. — Bulletin médical. — Bulletin de la Société anatomique. — Bulletin de la Société de médecine de Paris. — Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux. — Comptes rendus et mémoires de la Société de biologie. — France médicale. — Gazette hebdomadaire. — Gazette des hôpitaux. — Gazette médicale de Paris. — Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — La Médecine moderne. — La Presse médicale. — Progrès médical. — Recueil d'ophtalmologie. — Revue de chirurgie. — Revue de médecine. — Revue des maladies cancéreuses. — Revue des maladies de l'enfance. — Revue d'orthopédie. — Revue illustrée de polytechnique médicale. — Revue des sciences médicales. — Revue de la tuberculose. — Tribune médicale. — Union médicale.

Province. — Annales de la policlinique de Toulouse. — Annales de la Société de médecine de Saint-Etienne. — Bulletin de la Société de médecine d'Angers. — Bulletin médical du nord de la France. — Bulletin médical des Vosges. — Bulletin de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux. — Bulletin de la Société de médecine de Bordeaux. — Bulletin de la Société de médecine de la Sarthe. — Bulletin de la Société médicale de l'Aube. — Le centre médical. — Comptes rendus de la Société de médecine de Toulouse. — Comptes rendus de la Société des sciences médicales de Gannat. — Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — Gazette médicale de Picardie. — Gazette médicale de Strasbourg. — Le Limousin médical. — Journal de la Société de médecine de la Haute-Vienne. — La Loire médicale. — Lyon médical. — Marseille médical. — Mémoires de la Société de médecine de Lyon. — Mémoires de la Société des sciences médicales de Lyon. — Mémoires de la Société de médecine de Nancy. — Montpellier médical. — Normandie médicale. — Poitou médical. — Revue médicale de l'Est. — Union médicale du Nord-Est. — Union médicale de la Seine-Inférieure.

Etranger. — Annales de la Société belge de chirurgie. — Annals of Surgery (Brooklyn). — Archiv für klinische Chirurgie. — Atti della associazione medica lombarda. — Boletino da Sociedad de medicina de Rio de Janeiro. — British medical Journal (Londres). — Bulletin de la Société des médecins et des naturalistes de Jassy. — Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique. — Bulletin of the John's Hopkins Hospital. — Cronica medico-quirurgica de la Habana. —

Encyclopedia medico-farmaceutica (Barcelone). — Escuela de medicina (Mexico). — John's Hopkins Hospital Reports (Baltimore). — Journal and proceedings of the royal Society of New South Wales (Sydney). — Mitheilungen aus der medicinischen Facultät der Kaiserlich-Japonischen Universität (Tokio). — The Practitioner (Londres). — Proceedings of the royal Society (Londres). — Proceedings of the pathological Society (Londres). — Revue médicale de la Suisse romande. — Smithsonian institution (Washington). — Transactions of the royal medico-chirurgical Society (Londres).

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 10 JANVIER 1900

Présidence de M. Pozzi.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. Schwartz, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Une lettre de M. Devals, membre correspondant, qui donne sa démission « afin de faire place à de plus jeunes » ;

4° Une lettre de M. de Wlaccos, membre correspondant, professeur à Athènes, sur une observation de *kyste de l'ovaire*, simulant une grossesse ectopique rompue, laparotomie, mort. Ce travail sera lu au cours de la séance.

Allocution de M. Pozzi.

Mes chers collègues,

En prenant possession de cette nouvelle salle (1), je n'ai nullement l'intention de faire un discours. Mais je manquerais à mon devoir si je ne payais un juste tribut de souvenirs — sinon de regrets — à l'antique demeure de la rue de l'Abbaye que nous quittons et qui a abrité notre Société pendant un demi-siècle. Nous ne pouvons oublier que c'est dans son enceinte que s'est développé l'enseignement de nos maîtres, qui ont fait l'honneur de la chirurgie française contemporaine, et auxquels nous devons tous d'être ce que nous sommes. Puissions-nous nous montrer ici dignes de ce glorieux passé!

Je dois aussi adresser les remerciements du bureau à tous ceux de nos collègues qui ont contribué généreusement à la construction et à l'aménagement de ces nouvelles salles. Je rappelle que la souscription s'élève déjà à 35.000 francs et que nous espérons de nouveaux dons de nos nombreux correspondants.

Nécrologie.

M. Pozzi. — Je dois vous faire part officiellement d'une nouvelle que vous connaissez déjà tous, la mort du grand chirurgien anglais sir James Paget, baronnet.

Ce patriarche des chirurgiens contemporains avait eu une carrière exceptionnellement laborieuse et brillante. Son œuvre scientifique est considérable. Au moment où l'illustre triumvirat Follin-Broca-Verneuil donnait en France un nouvel essor à la chirurgie, grâce aux conquêtes récentes du microscope et de la physiologie expérimentale, Paget poursuivait en Angleterre une œuvre parallèle, dans ses grands travaux de pathologie générale et dans ses études, restées classiques, sur les tumeurs. Il avait conquis tous les titres scientifiques, auxquels le gouvernement de la Reine avait joint des titres nobiliaires, uniquement enviables quand, au

(1) La nouvelle salle des séances de la Société de Chirurgie est située rue de Seine, 12.

lieu d'être dus au hasard de la naissance, ils sont ainsi acquis par droit de conquête.

Paget s'est éteint, plein de jours et d'honneurs, entouré de la vénération de ses compatriotes et de l'estime des savants de tous les pays. La Société de Chirurgie de Paris, dont il était membre associé depuis 1864, se joint respectueusement à ces regrets universels.

A propos de la correspondance.

M. Picqué dépose le dernier volume du *Congrès de chirurgie* sur le bureau de la Société.

A l'occasion du procès-verbal.

De l'adénopathie dans les cancers de l'estomac.

M. Pierre Delbet. — L'heure avancée n'ayant pas permis à M. le président de me donner la parole dans la précédente séance, je demande la permission de dire aujourd'hui ce que je voulais exposer à propos des réflexions intéressantes de notre collègue Poirier sur l'envahissement des ganglions dans le cancer de l'estomac.

Il n'est pas douteux, et il a eu raison de l'affirmer, que l'épithéliome de l'estomac envahit les ganglions. Il ne saurait en être autrement. Si on a pu prétendre le contraire, c'est qu'on a méconnu les lois de la pathologie générale. Une tumeur qui n'envahirait pas les ganglions ne serait pas un épithéliome.

Ceci n'est point une pétition de principe, bien au contraire, c'est la constatation d'un fait. Tous les cancers épithéliaux après leur première phase d'extension locale, ont une seconde phase d'envahissement ganglionnaire qui peut être suivie d'une troisième phase de généralisation. Les divers épithéliomes ne diffèrent les uns des autres à ce point de vue que par la rapidité avec laquelle ils envahissent les ganglions. Les recherches modernes ont montré que partout cet envahissement est plus précoce qu'on le croyait jadis.

Il devait en être ainsi, car le caractère fondamental du cancer épithélial, c'est le développement ectopique des cellules épithé-

liales. Ces cellules, qui, à l'état normal, se groupent toujours en membrane de revêtement, acquièrent, sous une influence que nous ignorons complètement, la propriété fatale de vivre et de proliférer en plein tissu cellulaire. C'est pour cela que j'ai défini les épithéliomes *des néoplasmes constitués par une hypergénèse désordonnée et ectopique des cellules épithéliales.* Ces cellules, dans le tissu cellulaire, occupent les espaces lymphatiques d'où elles gagnent les ganglions.

Permettez-moi, Messieurs, de vous faire remarquer que cette propriété pour des cellules d'origine épithéliale de vivre et de proliférer en plein tissu conjonctif, dans les espaces lymphatiques, est un fait unique et véritablement caractéristique des cancers épithéliaux. Il pourrait sembler à un examen superficiel que les choses se passent de même dans les kystes dermoïdes et dans les greffes épidermiques traumatiques ou expérimentales dont certaines tumeurs de l'iris, certains kystes des doigts sont les types. Mais il suffit d'un instant de réflexion pour voir que toutes ces productions sont nettement enkystées, comme les adénomes, ce qui constitue une différence fondamentale. Les cellules épithéliales se disposent là, comme à l'état normal, en membrane de revêtement; elles remplissent le kyste de leur produit de sécrétion ou de desquamation, mais elles ne pénètrent pas dans les espaces lymphatiques, dont elles sont séparées par une membrane d'enkystement.

La propriété pour les cellules épithéliales de vivre dans les espaces lymphatiques du tissu cellulaire ne se rencontre donc que dans les cancers épithéliaux. C'est un fait unique, absolument unique, dans toute la pathologie. Peut-être n'y songe-t-on pas suffisamment quand on cherche à établir l'origine parasitaire du cancer. Depuis quelques années, ce sont les psorospermies qui jouissent de la faveur des partisans de la doctrine parasitaire. Or, parmi les psorospermoses connues, il n'en est pas une à ma connaissance qui ait pour résultat d'exalter la vitalité des cellules épithéliales au point de leur permettre de vivre en plein tissu conjonctif. Bien au contraire, les cellules épithéliales, même lorsqu'elles prolifèrent abondamment au début, sont finalement étouffées par la prolifération conjonctive et le terme du processus est un nodule fibreux. — Donc, si le cancer épithélial est une psorospermose, c'est une psorospermose d'un genre tout particulier. Les psorospermies qui l'engendreraient auraient des propriétés absolument différentes de celles que nous connaissons. Loin de diminuer la vitalité des cellules dans lesquelles elles pénètrent, elles l'exalteraient au contraire. Il s'agirait donc d'une véritable symbiose. Cela n'a certainement rien d'impossible : je ne veux

nullement préjuger de la solution de la question, je me borne à la poser en passant.

Je vous demande pardon, Messieurs, de cette digression et je reviens à mon point de départ. Je disais que l'envahissement des ganglions pour les cancers épithéliaux est bien plus précoce qu'on le croyait.

Il y a cependant des différences entre les cancers des divers organes. Mais il y en a peut-être davantage entre les diverses variétés de cancer d'un même organe. J'ai exposé tous ces faits dans l'article « Néoplasme » du *Traité de chirurgie* dont M. Le Dentu et moi dirigeons la publication.

Sans y revenir, je veux cependant insister sur un point. Dans l'article dont je viens de parler, j'ai formulé la proposition suivante : Les noyaux secondaires sont susceptibles d'acquérir un volume supérieur à celui du néoplasme primitif. Dans certains cas, en effet, les cellules épithéliales néoplasiques semblent trouver dans le tissu lymphatique un terrain de développement plus favorable que dans le tissu de l'organe où elles ont pris naissance. Alors, non seulement l'envahissement des ganglions est rapide, mais les tumeurs ganglionnaires deviennent beaucoup plus volumineuses que la tumeur primitive. Ce sont là des formes très malignes, contre lesquelles l'intervention chirurgicale échoue le plus souvent, parce que la zone d'envahissement du néoplasme dépasse de beaucoup ses limites apparentes.

Les formes avec adénopathie prédominante sont rares dans l'estomac, mais elles existent. J'en ai opéré un cas, qui est fort curieux.

Les symptômes gastriques étaient nuls, absolument nuls. Les digestions étaient régulières, mais il y avait des douleurs atroces, presque constantes, qui n'avaient aucun rapport avec l'ingestion des aliments. J'insiste sur ces douleurs. Dans tous les néoplasmes, quelle que soit leur origine, elles ont à mon avis une signification considérable.

Les néoplasmes malins sont en eux-mêmes complètement indolents. Quand ils deviennent douloureux, c'est qu'ils ont envahi ou comprimé des nerfs, et dans la grande majorité des cas, cela ne se produit que lorsqu'ils ont dépassé les limites de l'organe où ils ont pris naissance. Aussi les douleurs si terribles des néoplasmes sont-elles le plus souvent une contre-indication à l'intervention.

Ma malade localisait ses douleurs dans le flanc gauche. Elle avait encore tant d'embonpoint que la tumeur n'était que vaguement perceptible, bien qu'elle fût volumineuse. M. Ferrand, dans le service duquel elle se trouvait, avait porté le diagnostic de tumeur du rein. Je pensai d'abord à une tumeur de l'épiploon.

Puis, lorsque la malade fut passée dans le service de M. Duplay que je remplaçais, les douleurs ayant encore augmenté, la contracture de la paroi ne permit plus de sentir la tumeur. A ce moment, je constatai qu'il y avait tous les soirs une certaine hyperthermie. Je fis examiner les urines et, à la suite d'un examen peut-être un peu léger, on me répondit qu'elles contenaient du pus, si bien qu'après de nombreuses hésitations je finis par admettre l'hypothèse d'une lésion du rein, d'une pyonéphrose et je fis une incision lombaire du côté gauche où siégeaient les douleurs. Cette incision me permit de constater que le rein était absolument sain. Je fis, séance tenante, une laparotomie sur le bord externe du muscle droit et je constatai qu'il s'agissait d'un cancer de l'estomac. Ce cancer était à cheval sur la grande courbure. Il avait à peu près les dimensions d'une pièce de cinq francs : mais dans l'épiploon, le grand, il y avait une tumeur ganglionnaire fusiforme, allongée suivant la grande courbure et qui était beaucoup plus grosse qu'un œuf. Elle avait donc huit ou dix fois le volume de la tumeur primitive.

Je réséquai d'un seul morceau et très largement les deux tumeurs. L'opération fut simple et rapide; la malade la supporta très bien. Les douleurs disparurent complètement, mais pour un temps bien court. Au bout d'une vingtaine de jours, elles se manifestèrent de nouveau ; légères d'abord, puis bientôt cruelles. Les deux membres inférieurs et la partie inférieure de l'abdomen s'œdématièrent, sans doute par compression de la veine cave, et quand je perdis de vue la malade, elle était en pleine cachexie. La récidive fut donc immédiate et d'évolution rapide.

Je ne veux point insister sur la contre-indication qu'aurait pu fournir l'élément douleur, puisque je n'avais pas le diagnostic. Mon but, en rapportant ce fait, est de montrer qu'il existe dans l'estomac, comme dans les autres organes, des cancers d'une extrême malignité, où l'adénopathie joue un rôle prédominant.

M. Tuffier communique une observation de *Pylorectomie pour cancer du pylore. Récidive deux ans après l'opération par sténose du nouveau pylore. Gastroentérostomie postérieure, Guérison* (1).

H... (Léonie), quarante ans, femme de chambre, entre dans mon service pour la première fois au commencement de décembre 1897 (la Pitié, pavillon Gerdy.) Elle m'est envoyée par M. le professeur Hayem

(1) Observation résumée d'après les notes de MM. Dumont et Lavenant.

avec le diagnostic « néoplasme du pylore, justiciable probablement d'une pylorectomie. »

Histoire de la maladie. — Jusqu'à l'année dernière, cette femme avait toujours été bien portante : elle avait bon appétit, mangeait et digérait comme tout le monde. Jamais de maladie dans son enfance. Réglée pour la première fois à treize-quatorze ans; depuis, les règles ont toujours été régulières. Un accouchement normal à l'âge de vingt ans.

Il y a un an environ, la malade a commencé à avoir des digestions longues, difficiles, avec renvois et ballonnement de l'épigastre. Il y a deux mois ont apparu des vomissements, vomissements alimentaires, présentant cette particularité qu'ils ne survenaient jamais qu'à la fin de la journée. Le petit déjeuner du matin et le déjeuner de midi étaient gardés, au prix de souffrances atroces, jusqu'au repas du soir; à ce moment, la seule vue des aliments provoquait des vomissements. Ces vomissements, très copieux, d'odeur absolument fétide, étaient composés des aliments ingérés dans la journée; ils soulageaient énormément la malade. Celle-ci, qui avait toujours faim, mangeait alors assez copieusement, recommençait le lendemain et ne vomissait de nouveau que le soir. Jamais d'hématémèse ni de mælena. Amaigrissement rapide, surtout dans ces derniers temps. Vers le temps où apparurent les vomissements, la malade s'aperçut qu'elle avait une petite tumeur dans la région épigastrique. C'est dans cet état que la malade se rendit il y a trois semaines dans le service de M. Hayem où le traitement institué fut : régime lacté, lavements de peptone, lavages quotidiens de l'estomac. Résultat nul; M. Hayem, après examen méthodique du chimisme stomacal, m'envoie la malade pour que je l'opère.

Examen. — Dans la région épigastrique, immédiatement au-dessus de l'ombilic, sur la ligne médiane et même un peu à gauche de cette ligne, il existe une tumeur arrondie, mamelonnée, dure, du volume d'une mandarine. Cette tumeur n'est pas douloureuse à la pression, au moins actuellement, car, au dire de la malade, elle l'aurait été ces temps derniers. Elle est mobile sous la peau et sur les parties profondes; on peut la déplacer dans tous les sens, mais ces déplacements sont assez limités, de deux ou trois centimètres à peu près. La percussion donne de la matité au niveau de la tumeur, matité bien distincte de celle du foie; celle-ci ne dépasse pas le rebord costal. La tumeur ne suit d'ailleurs pas les mouvements respiratoires. Rien d'anormal dans le reste de l'abdomen. L'estomac est très dilaté, dépassant notablement l'ombilic. Urines normales. Pas de fièvre. Amaigrissement très accentué.

Première opération (pylorectomie), le 14 décembre 1897. — Anesthésie par l'éther. Incision de 10 centimètres environ, sur la ligne blanche, à partir de l'appendice xyphoïde. On tombe sur l'intestin qu'on refoule. Au niveau du pylore, il existe une tumeur dure, bosselée, bien limitée, sans adhérences avec le foie et avec la paroi abdominale postérieure, tumeur qu'on attire facilement dans la plaie. *Il n'existe de ganglions perceptibles ni dans le grand ni dans le petit épiploon.*

L'exploration du pylore par la paroi antérieure de l'estomac refoulée en doigt de gant montre que la sténose est très accentuée, ne permettant même pas l'admission de la pulpe de l'index. Dans ces conditions, je me décidai à pratiquer l'extirpation de la tumeur. Cette extirpation fut des plus faciles et se fit sans aucun incident. Pour rétablir la continuité du tube digestif, j'eus recours au procédé de Kocher (abouchement du duodénum à la paroi postérieure de l'estomac). La nouvelle bouche fut placée à trois centimètres environ de la ligne des sutures d'occlusion de l'estomac, à deux centimètres au-dessus de la grande courbure. Fermeture de la paroi abdominale à trois étages; je laisse un petit drain de caoutchouc.

L'examen histologique de la pièce enlevée, fait par M. le professeur Hayem, montra qu'il s'agissait d'un épithélioma.

Suites opératoires. — Les suites opératoires furent d'abord très bonnes, sans fièvre, sans vomissements, sans la moindre réaction péritonéale. Grâce à quelques injections hypodermiques de sérum artificiel, l'état de la malade se releva rapidement. Dans les trois jours qui suivirent l'opération, on ne lui donna que de la glace, de l'eau de Vichy et un peu de champagne. A partir du quatrième jour, elle prit du lait, puis successivement du bouillon, des œufs, des viandes blanches; en même temps, on lui administrait tous les jours un lavement nutritif (lait, œuf, cognac). Dès le neuvième jour après l'opération, la malade suivait le régime habituel de l'hôpital et le supportait parfaitement. Dans le même temps, la cicatrisation de la plaie épigastrique se faisait normalement (le drain avait été enlevé au bout de vingt-quatre heures).

Bref, au bout de douze jours, la malade se trouvait aussi bien que possible, sentant ses forces revenir rapidement, mangeant et digérant bien, lorsqu'elle fut prise subitement, le 26 décembre, de diarrhée avec nausées, perte d'appétit, coliques. Malgré tout ce qu'on peut faire (régime lacté, lavements antiseptiques et laudanisés) la diarrhée persiste, quoiqu'un peu diminuée cependant, et la malade maigrit rapidement. Dans ces conditions, la plaie épigastrique étant d'ailleurs complètement cicatrisée; on renvoie la femme le 2 janvier 1898 dans le service de M. le professeur Hayem, à Saint-Antoine, pour y suivre un traitement convenable. Au moment de son départ, il y avait vingt-quatre heures que la diarrhée s'était arrêtée.

La malade est restée deux mois et demi dans le service de M. Hayem. Grâce à un traitement approprié, la diarrhée a disparu assez rapidement, la malade s'est rétablie peu à peu, a repris des forces et engraissé. Au moment de sa sortie de Saint-Antoine, elle était absolument bien portante. Elle est restée ainsi un an et demi, mangeant, digérant, travaillant comme par le passé; puis, peu à peu, les troubles digestifs ont reparu, en même temps qu'au niveau de la cicatrice la malade voyait naître et croître une nouvelle tumeur. Quatre ou cinq mois plus tard, réapparition des vomissements. Cette fois, ceux-ci surviennent aussitôt et chaque fois que la malade a mangé. Au bout de quinze jours de cet état, la malade retourne à Saint-Antoine où M. Hayem la met au lait,

képhir et à la viande crue; ce régime n'amène aucune amélioration, les mets ne passent pas. Dans ces conditions, la malade m'est renvoyée pour que je juge si une deuxième intervention paraît indiquée.

La malade entre à Lariboisière le 8 décembre 1899, elle est pâle, de teinte un peu cireuse, présente un certain degré d'amaigrissement qui est survenu ces derniers temps, dit-elle. Les forces ont beaucoup diminué et la malade a dû s'arrêter dans son travail. Les troubles fonctionnels stomacaux consistent en une douleur sourde dans la région épigastrique avec irradiation dans le côté droit et la région dorso-lombaire. Cette douleur n'est jamais très vive, ni aiguë, bien que sujette quelquefois à des exacerbations sans causes bien définies. Les digestions sont extrêmement difficiles, s'accompagnant d'éructations, de lourdeurs de tête. Souvent même, il y a des vomissements alimentaires de matières à moitié digérées.

La percussion de l'abdomen ne révèle pas une dilatation de l'estomac, comme on pourrait s'y attendre. Il n'en est pas de même de la palpation qui reconnaît une tumeur peu volumineuse, irrégulière, mobile partiellement, de consistance assez dure, occupant le côté droit de la ligne xypho-ombilicale, à 6 ou 7 centimètres environ de l'appendice xyphoïde. Quelques ganglions axillaires de chaque côté, mais pas de ganglions sus-claviculaires.

Deuxième opération, le 16 décembre 1899. — Je pratique une incision de 10 centimètres sur l'ancienne cicatrice et je trouve au niveau de la grosse tubérosité, face antérieure et postérieure, sur le nouveau pylore une masse néoplasique adhérente en arrière et que je ne puis extirper. Son volume est celui d'une grosse orange, elle semble surtout extra-stomacale.

Je fais une gastro-entérostomie trans-mésocolique, en ayant soin de réunir la lèvre postérieure de la muqueuse de l'estomac à celle de l'intestin avant d'établir la communication. C'est une manœuvre que j'ai adoptée pour toutes mes anastomoses stomacales. Pendant l'opération, je m'assure que la muqueuse du pylore fait par ma première opération est intacte, elle est seulement étranglée par la masse ganglionnaire. Je ne pratique qu'un seul plan de suture de la paroi et j'applique le pansement habituel. Sérum, 1000 grammes.

Aucun incident post-opératoire. Depuis son opération cette malade a repris le régime habituel de l'hôpital; aucun vomissement.

Discussion

Traitement des kystes hydatiques du foie par la suture.

M. Quénu. — J'ai déploré, avec la plupart des chirurgiens, la lenteur parfois excessive avec laquelle se comblent et se cicatrisent un grand nombre de kystes hydatiques du foie, incisés et drainés à ciel ouvert. J'ai donc suivi avec intérêt les tentatives faites, particulièrement en France, par M. Delbet, dans le but d'obtenir une guérison rapide, sans augmentation des risques post-opératoires. La méthode repose, si je ne m'abuse, sur cette donnée fondamentale, admise par M. Delbet, que la membrane fertile une fois enlevée, la paroi conjonctive ne sécrète rien. Je doute que cette proposition soit absolument exacte : qu'elle ne sécrète rien dans le sens physiologique du mot, soit, mais qu'elle ne laisse rien transsuder, c'est une autre affaire.

Lorsqu'on incise un grand kyste hydatique du foie, on constate, d'une façon nette, qu'une sorte de vide tend à s'opérer dans l'intérieur du kyste, il en résulte une tendance à l'effacement de la cavité, effacement aidé encore par la pression abdominale positive. Ces deux conditions favorisées par la fermeture hermétique de l'incision pratiquée au kyste, après assèchement aussi parfait que possible de sa cavité, plaident fortement en faveur de la suture sans drainage : l'effacement en effet ne peut guère s'opérer qu'après interruption de la communication avec l'extérieur, mais, d'un autre côté, si une certaine tendance au vide dans une poche hépatique vidée de son contenu favorise son effacement, elle favorise aussi l'exsudation et même la rupture des petits conduits sanguins ou biliaires qui rampent à sa surface. Je puis ici sortir des conceptions théoriques et apporter des faits : j'ai opéré, il y a sept ans, par incision et drainage (salle Boyer, hôpital Cochin), une jeune fille de quatorze ans porteuse d'un énorme kyste hydatique de la face inférieure, non infecté. Le premier pansement fut inondé de bile ; j'ai depuis, comme la plupart de mes collègues, observé des écoulements biliaires ou sanguins plus tardifs, mais ceux-ci pourraient être, je le sais, mis sur le compte d'une légère infection secondaire ou d'une ulcération de la paroi par le drain. Cette objection n'existe pas pour le cas que j'ai cité plus haut, elle existe encore moins pour une observation que j'ai communiquée il y a quelques années à la Société de chirurgie et que je demande

à rappeler en quelques mots. Je pratiquai, chez une malade de Saint-Germain que m'avait adressée M. le Dr Legendre, et dont le ventre avait été préparé avec les mêmes soins que pour une laparotomie, une ponction avec le fin trocart de l'appareil Potain. Les instruments furent bouillis par moi-même. Je retirai un liquide clair comme de l'eau de roche et stérile. Le lendemain, la température s'éleva et nous eûmes les signes de l'infection du kyste. J'opérai la malade quelques jours après par laparotomie : le liquide renfermait de la bile et du bacterium coli. La décompression amenée par la ponction avait donc suffi à produire la rupture de quelques canalicules biliaires périkystiques; cette rupture n'avait pas du reste été occasionnée par le trocart, la partie ponctionnée étant saillante et non recouverte du tissu hépatique.

Dans une des observations que je rapporte plus loin, le contenu du kyste non antérieurement ponctionné était trouble et renfermait de la bile : ensemencé il n'amena aucune culture.

Il me paraît, en résumé, difficile de soutenir que la paroi conjonctive d'un kyste dépouillé de sa membrane fertile ne laisse transsuder aucun liquide. Quel est donc le vernis, la couche imperméable qui s'opposerait à cette transsudation? ce qu'on peut dire, c'est qu'une exsudation séreuse n'est pas incompatible avec une résorption et une occlusion spontanée de la cavité, pourvu que cette cavité n'ait pas été infectée soit par l'acte opératoire, soit par la pénétration d'un liquide biliaire non stérile : cette dernière condition est nécessairement indépendante du chirurgien et de sa technique. Malgré ces objections, j'ai tenté la guérison de plusieurs kystes hydatiques par incision et suture sans drainage; mes observations sont au nombre de cinq. Dans trois cas, j'ai fait la suture sans capitonnage; dans deux cas de kystes petits, j'ai fait le capitonnage, voici un résumé de ces observations.

Obs. I. — Ma première opération a été pratiquée le 3 mars 1899 chez un homme de vingt-neuf ans (B..., n° 6, salle Boyer, hôpital Cochin). La tumeur hépatique avait été constatée pour la première fois huit mois auparavant; elle serait devenue plus grosse et douloureuse à la suite d'une purgation. Le malade n'a jamais eu d'urticaire, il a du dégoût pour les matières grasses, il souffre beaucoup de son côté, au point de ne pouvoir dormir la nuit; les douleurs irradient dans l'épaule droite, permanentes, avec exacerbations nocturnes. La base du thorax est élargie, le foie déborde le rebord costal de trois travers de doigt.

Le malade est apyrétique. Nous sommes obligés d'avancer la date de l'opération à cause des douleurs et des étouffements, malgré un début de rhume. Le ventre ouvert, on ponctionne le kyste et on en retire 3 litres 100 grammes d'un liquide un peu citrin; on incise alors largement et on extrait la membrane fertile. La poche est lavée avec du

sérum stérilisé à l'autoclave, puis suturée et enfin fixée à la paroi abdominale.

Le lendemain, la température monte à 39°5. Comme il existe chez le malade des signes de grippe, nous attribuons à celle-ci l'élévation de température, mais le surlendemain nous faisons sauter les sutures, il s'écoule du liquide louche et septique, le premier liquide était stérile. Le kyste est drainé, mais la température reste au-dessus de la normale pendant une quinzaine de jours.

Le 1[er] avril, le drain est supprimé, le 5 il reste une cavité donnant de une à deux cuillerées de liquide par vingt-quatre heures.

Obs. II. — Notre second, malade âgé de vingt et un ans, a été opéré le 8 mars 1899 (21, salle Boyer, hôpital Cochin). Sa tumeur hépatique date de six ans : l'augmentation de volume s'est prononcée depuis quinze mois et s'est accompagnée de dégoût pour les aliments gras, d'inappétence générale et même de vomissements.

La ligne de matité verticale mesurait 25 centimètres à droite et 22 centimètres sur la ligne médiane, il s'agissait donc d'un gros kyste, et, de fait, l'opération donna issue à 5 litres 150 de liquide trouble renfermant des pigments et acides biliaires mais stérile.

L'extirpation ayant été peu facile, on fit un lavage avec du sérum artificiel pour en extraire les débris et l'on assécha ensuite, avec des compresses stérilisées. Une partie de la poche ayant été réséquée, les bords en furent suturés.

L'opération fut suivie le lendemain et les six jours suivants d'une ascension du thermomètre à 39 et 39,2, la température matinale restant à 37, puis, le onzième jour, la température revint définitivement à la normale.

Le 22 mars, la plaie se rouvrit spontanément et laissa s'écouler un liquide ressemblant à de la bile diluée et qui cultiva; on ne mit pas de drain. Le 27 mars, le liquide se teinte de sang. Le 7 avril, il se déclare une hémorragie tellement abondante qu'on envoie chercher le chirurgien de garde, qui a recours au tamponnement.

Le malade quitte le service à la fin de mai, conservant une petite cavité.

Obs. III. — Mon troisième malade, H..., âgé de vingt-trois ans (15, salle Boyer), a été opéré le 22 mars 1899 pour un énorme kyste dont le début paraît remonter à trois ans. Au moment où il entre à l'hôpital, H... est oppressé, s'essouffle facilement; il tousse, est sujet à de la diarrhée.

Après incision de la paroi abdominale, on évacue par ponction 5 litres 1/2 de liquide très clair, eau de roche. La membrane fertile est très friable, on fait un lavage de la poche avec une solution très faible de sublimé, puis avec du sérum. La poche est ensuite suturée; on laisse non suturée une partie de l'incision de la paroi abdominale correspondant à la plaie suturée du kyste. Les suites sont d'abord les plus simples, mais le quatrième jour il suinte un peu de liquide et le septième ou huitième jour nous sommes obligés d'installer un drain. La

poche semblait se combler assez rapidement quand, le 4 avril, se déclarèrent des signes d'une pleurésie suspecte. Le malade tousse, est manifestement tuberculeux, il succombe au mois d'août avec tous les signes d'une tuberculose pulmonaire au dernier degré, cavernes, râles humides aux sommets, hémoptysies.

Dans nos deux dernières observations, les suites furent plus heureuses.

Obs. IV. — Chez une femme âgée de quarante-trois ans (salle Bichat, n° 10), 13 avril 1899, nous trouvâmes après laparotomie une dizaine de kystes de 150 à 200 grammes hérissant la surface du foie. Nous traitâmes trois d'entre eux par le capitonnage, les autres furent incisés et drainés. La guérison des premiers s'obtint rapidement et sans incident.

Obs. V. — Enfin dans une dernière observation récente, femme de quarante-deux à quarante-cinq ans (salle Bichat, n° 5), novembre 1899, et qui sera publiée à un autre point de vue par nos internes, nous avions pensé, en raison de la présence d'une tumeur épigastrique assez mobile jointe à une cachexie et à un amaigrissement prononcés, à une tumeur de l'estomac : nous trouvâmes d'une part un kyste hydatique du foie et d'autre part une éruption de granulations tuberculeuses du péritoine. Le kyste fut suturé après capitonnage et le ventre lavé au sérum artificiel. La malade guérit après une petite désunion tardive de la partie supérieure de la plaie, paraissant due à la tuberculisation secondaire de cette plaie.

En résumé, la réunion par première intention a fait défaut dans mes trois cas de grands kystes hydatiques. Le mauvais état général dû à une tuberculose pulmonaire pourrait être déclaré, dans le troisième cas, responsable de l'échec. Les premier et deuxième cas paraissaient au contraire très favorables : peut-être est-on autorisé à attribuer l'infection secondaire de la poche au suintement de bile qui suivit l'opération. Je me permets de faire remarquer que ces échecs ont été observés dans un service où les bonnes réunions sont habituelles, où les parois abdominales suppurent d'une façon toute exceptionnelle, je ne crois donc pas qu'on puisse incriminer la technique générale. M. Delbet pourrait me reprocher les lavages de la poche et je suis tout disposé à me ranger à son avis à ce point de vue : il est certain que tout ce qui complique une opération augmente les causes d'erreur, le simple assèchement de la poche avec des compresses stérilisées me paraît préférable et j'y aurai désormais exclusivement recours.

L'inconstance des résultats ne saurait évidemment nous dé-

tourner d'une méthode qui abrège à tel point le temps nécessaire à la guérison. Si j'ai apporté ici mes observations, ce n'est nullement avec la pensée de me poser en adversaire de la suture, j'ai voulu seulement dire que d'une part l'état général du sujet est peut-être susceptible d'influencer les résultats, démontrer que la méthode peut échouer en raison de l'infection secondaire de la poche par une transsudation de bile non stérile; j'irai donc moins loin que M. Delbet quand il dit que la réduction sans drainage doit faire disparaître les autres méthodes de traitement pour tous les kystes qui ne sont pas infectés : je ferai une réserve pour les malades à état général mauvais en possession d'une infection quelconque, et aussi peut-être pour ceux dont les troubles digestifs accentués font craindre un envahissement des voies biliaires par le bacterium coli. Dans les cas où j'aurai recours à la suture des kystes hydatiques, j'adopterai comme technique l'asséchement sans lavage de la poche et la suture simple du kyste avec fixation sommaire à la paroi.

Je n'ai pas l'expérience du capitonnage pour les grands kystes, néanmoins il me paraît impossible de réaliser un affrontement parfait dans les grands kystes; je ne crois même pas que cet affrontement soit parfaitement exécutable avec de petits kystes, il reste des espaces morts, mais l'effacement se fait malgré le défaut d'affrontement et d'une façon lente. Je crois du reste que les partisans de la réunion primitive ont renoncé pour la plupart au capitonnage et adopté la suture pure et simple.

M. Hartmann. — J'apporte deux faits nouveaux à l'appui du traitement excellent des kystes hydatiques qu'a préconisé notre collègue Delbet. Dans les deux cas, la guérison s'est faite sans le moindre incident et je crois qu'il y a là un véritable progrès thérapeutique. Je n'ai qu'une crainte, c'est de laisser quelquefois une petite hydatide; ce qui me fait émettre cette crainte, c'est qu'avec nos procédés anciens de traitement (marsupialisation et drainage) il m'est quelquefois arrivé de voir, au bout de quelques jours, se présenter dans le drain de petites hydatides. Il est donc important, lorsqu'on aura recours au nouveau mode de traitement, de faire une incision large, de bien voir et de ne refermer la poche adventice qu'après s'être bien assuré qu'il n'y reste absolument rien.

Kyste hydatique du foie chez un enfant de dix ans, laparotomie avec marsupialisation de la poche fibreuse et extirpation totale de la membrane fertile. Guérison en six semaines.

M. E. Kirmisson. — Messieurs, je profite de la discussion ouverte devant la Société par la lecture du rapport de M. Delbet pour vous communiquer une observation de kyste hydatique du foie, traité par la marsupialisation de la poche fibreuse adventice avec extirpation totale de la membrane fertile. Cette observation est relative à un garçon de dix ans. Les parents attribuent l'origine de la maladie de leur enfant à un coup de pied reçu par lui dans la région du flanc droit. Peu après ce coup, l'enfant se plaint en effet de souffrir dans la région du flanc droit, il accuse des irradiations douloureuses vers l'épaule et le reste de l'abdomen. Peu à peu, le ventre augmente de volume.

A l'entrée du malade à l'hôpital, le 10 juin dernier, on est frappé d'une tuméfaction considérable, occupant toute la moitié droite de l'abdomen. La tumeur est divisée en deux lobes par une des intersections aponévrotiques du grand droit. Elle est lisse, tendue, fluctuante. La fluctuation se transmet en arrière de la région du flanc à la région lombaire. Par la percussion, on délimite nettement la tumeur; la matité commence un peu au-dessus du cinquième espace intercostal et descend jusqu'à la fosse iliaque, en occupant une hauteur de 16 centimètres. En dedans, la tumeur arrive jusqu'à la ligne blanche sans la dépasser; en dehors, elle proémine dans la région du flanc et dans la région lombaire. Elle se déplace avec le foie dans les mouvements de la respiration, mais n'envahit pas la cage thoracique. Il s'agit donc d'un kyste de la face inférieure du foie.

Le 13 juin 1899, l'opération est pratiquée. Je fais sur la partie latérale droite de l'abdomen, parallèlement et au-dessous du rebord des fausses côtes, une incision de 5 à 6 centimètres de longueur, qui me conduit sur la face externe du kyste. Celle-ci est unie à la paroi abdominale par quelques adhérences filamenteuses. La paroi kystique est fixée à la paroi abdominale par une couronne de sutures à la soie; chaque point de suture laisse suinter le liquide clair, caractérisque. Quand la suture est jugée suffisante, le kyste est ponctionné avec un trocart et donne issue à une grande quantité de liquide, clair comme de l'eau de roche, dont la quantité peut être évaluée à 300 grammes au moins. La paroi kystique est alors fendue au bistouri dans toute l'étendue où elle est mise à découvert. On aperçoit dans son intérieur la membrane fertile qui flotte dans l'intérieur du kyste. On la saisi

avec des pinces, elle se rompt à plusieurs reprises, mais on parvient cependant à l'enlever en totalité. Elle présente la coloration laiteuse caractéristique, son volume peut être comparé à celui des deux poings réunis. Deux drains adossés en canon de fusil double sont introduits dans la poche et fixés à la paroi. Le pansement est fait à la gaze iodoformée.

L'opération n'est suivie d'aucune réaction. Dix jours après, le 23 juin, les drains sont supprimés, il reste pendant quelque temps une petite fistulette, mais l'enfant quitte l'hôpital complètement guéri le 31 juillet, c'est-à-dire au bout de six semaines.

Sans doute, M. Delbet m'objectera que la guérison eût pu être beaucoup plus rapidement obtenue par l'excision de la poche sans marsupialisation. Je ne le conteste pas; toutefois, six semaines pour arriver à la guérison complète d'un kyste volumineux ne représentent pas un temps considérable. Il ne faut pas en effet comparer la marsupialisation avec ablation totale de la membrane fertile aux procédés anciens de traitement, tels que celui de Boinet et de Verneuil, dans lesquels on se contentait de ponctionner la poche avec un gros trocart et d'y introduire un drain. Il fallait avec ces procédés un temps très long pour arriver à l'élimination de la membrane fertile et souvent la suppuration se prolongeait pendant un temps considérable. Au contraire, dans la laparotomie avec fixation du kyste à la paroi et extirpation totale de la membrane fertile, la rétraction de la poche fibreuse adventice se produit rapidement, la suppuration est minime, et la guérison complète ne se fait pas longtemps attendre. Sans doute, la marsupialisation avec extirpation de la membrane fertile est un procédé moins brillant que l'extirpation totale sans suture à la paroi, mais elle est incontestablement plus sûre; et ce serait, croyons-nous, un tort de la proscrire d'une façon absolue.

M. Gérard Marchant. — Lorsque j'ai entendu la première communication de M. Pierre Delbet sur le traitement des kystes hydatiques du foie par le capitonnage, j'éprouvai une certaine surprise! — Vous vous souvenez, en effet, qu'avec son tempérament et son talent habituels, notre collègue avait fait une charge à fond de train contre le procédé de la marsupialisation du kyste, qui nous a donné à tous de brillants succès. — Je demandai la parole pour répondre à notre collègue et lui apporter *quatorze cas de kystes hydatiques du foie* observés à Tenon, dans mon service, dans une période de quatre ans, et opérés tous avec succès! — Une méthode si sûre dans ses résultats pouvait-elle être taxée aussi sévèrement par notre collègue?

Mais en relisant les observations qui devaient former mon plaidoyer, je constatai que tous les arguments donnés par M. Pierre Delbet, à l'appui de son réquisitoire, étaient exacts. — Certes, la méthode est sûre, supérieure à tous les procédés anciens, mais la cure reste toujours *longue*, *incertaine dans son évolution*, *traversée d'accidents*, plus ou moins graves.

Chez tous mes opérés, la durée de la guérison n'a jamais été inférieure à *trois mois*; elle a souvent exigé *cinq mois*, *six mois*, et même plus d'*un an*.

J'ai observé, dans la plupart des cas, de grandes oscillations thermiques — malgré toutes les précautions prises pour éviter l'infection de la poche. Des écoulements de bile, de sang, des phénomènes de rétention purulente ont plusieurs fois entravé la guérison. Chez deux malades, les injections dans la poche ont provoqué des accès de suffocation réellement inquiétants; — enfin la persistance de la fistule a nécessité dans plusieurs cas des opérations complémentaires (résection costale).

Ce sont là des facteurs importants du retard de la guérison.

Après réflexion, je renonçai à répondre à M. Pierre Delbet et je me promis d'essayer le procédé opératoire qu'il préconisait, avant de porter un jugement de prévention.

En octobre dernier entrait dans mon service de Boucicaut, une femme de quarante-six ans, que, onze ans auparavant, j'avais opérée à Bicêtre d'un kyste hydatique du foie, avec l'assistance de mon ami Quénu, et l'aide de J.-L. Faure, alors mon interne. C'était ma première opération de kyste hydatique du foie.

Cette malade portait, cette fois, dans le lobe gauche du foie, un kyste hydatique, avec tous ses caractères cliniques, sur lesquels je n'insiste pas.

Le 10 octobre, je l'opérai en faisant la ponction, le curettage et le *capitonnage* du kyste. Celui-ci contenait deux litres environ de liquide.

Le capitonnage de la paroi du kyste fut rendu difficile, en raison de sa situation profonde, sous-hépatique, et surtout de l'épaisseur de la paroi, laquelle se plissait difficilement. Mon outillage était peut-être insuffisant, et c'était la première fois que je me livrais à ce travail de tapissier.

Je réduisis le kyste ainsi suturé dans l'abdomen.

Quoique convaincu par les faits de M. Pierre Delbet, de la bénignité de ce procédé, par une sorte de crainte, de routine, si vous voulez, je n'osai pas refermer complètement le ventre, sans placer dans la paroi un drain destiné à retrouver le chemin du kyste, en cas d'accidents.

J'eus là une mauvaise inspiration, car le trajet du drain

était encore à cicatriser alors que tout était fini du côté du kyste.

En moins de trois semaines, cette opérée était cependant radicalement guérie et certainement elle préféra la *deuxième* manière de traitement de son kyste à la *première !*

Je reste donc convaincu de l'innocuité du procédé que nous a fait connaître M. Delbet. J'accepte les indications qu'il a nettement formulées et je considère, comme un progrès, un moyen de de traitement qui abrège si singulièrement la durée de la guérison, sans nous exposer à tous les accidents ou complications que je rappelais tout à l'heure.

Médication thyroïdienne dans les fractures.

M. Potherat. — Dans le rapport que j'ai eu l'honneur de vous faire le 29 novembre dernier, à propos de la communication du docteur Touchet (de la Rochelle), je me suis borné à vous exposer les faits connus de traitement des fractures par la médication thyroïdienne. Or, ces faits sont de deux ordres tout à fait opposés, puisque les uns sont positifs et les autres négatifs. Mais comme les faits positifs s'accordent à la fois avec les données de la médecine expérimentale et avec les observations de certains états pathologiques (nanisme, myxœdème, ablation de la thyroïde), j'avais cru pouvoir conclure que les faits acquis, incapables d'entraîner une conviction ferme dans un sens ou dans un autre, devaient nous inciter à ne pas négliger cette méthode de traitement dans les cas de pseudarthroses et surtout de retards de consolidation des fractures.

Bien que médiocrement convaincu personnellement, j'étais bien décidé à essayer cette médication à la première occasion. Or, à cette époque précisément, j'avais dans mon service deux malades dans les conditions propres à cet essai.

Le premier était un homme très vigoureux de trente-cinq ans, *sans aucune tare héréditaire ou personnelle*, dont la jambe gauche avait été fracturée par un fût de vin qu'il déchargeait et qui était venu le heurter très violemment. La fracture siégeait à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen, elle était sur le tibia légèrement oblique, et le fragment supérieur faisait une saillie assez forte : il y a une ou plusieurs esquilles. La réduction assez difficile est cependant obtenue, et elle est maintenue à l'aide d'une gouttière plâtrée. Cela se passait avant les vacances dernières. Le malade reste quarante jours dans son appareil. Quand nous l'en retirons, nous constatons qu'il y a entre les fragments une certaine cohésion

mais pas de consolidation, il y a même de la crépitation qui persiste. Le sujet est maintenu au lit, la jambe simplement posée dans une gouttière sans aucune striction, dans l'espoir qu'avec une circulation se faisant mieux, la consolidation s'achèverait. Mais les jours succèdent aux jours sans amener aucune modification dans cet état.

Sur ces entrefaites, les vacances étant venues, mon collègue et ami Souligoux, chargé du service, réapplique un appareil plâtré après avoir mis une bande élastique au-dessus et au-dessous de la fracture suivant la méthode d'Ellferich. Cet appareil reste encore appliqué pendant quarante jours mais absolument en vain. Je fais enlever l'appareil, je mets le membre à volonté dans une gouttière, et le 28 novembre, quatre mois après l'accident, je commence l'administration de la thyroïdine, sans aucune conviction, croyant bien qu'il y avait là interposition et que je n'obtiendrais rien. La thyroïdine fut administrée avec prudence à dose progressivement croissante, en examinant avec soin le pouls. Nous atteignîmes rapidement et sans accident la dose de 60 centigrammes par jour.

Au bout de trois semaines, il me parut qu'il y avait un peu d'amélioration; je doutais encore cependant très fortement du résultat, le 25 décembre, quand je quittai le service de Bicêtre où était ce malade, pour passer à la maison municipale de santé. Or, à la date du 7 janvier, ce malade était complètement consolidé.

Le deuxième malade est un homme de cinquante-sept ans, ancien infirmier, admis à Bicêtre. Renversé par une voiture le 24 septembre, il s'était fait une fracture indirecte du tibia siégeant très haut, au-dessous de la tubérosité antérieure, — fracture très oblique de haut en bas, de dehors en dedans, se terminant en lame effilée sur la face interne de l'os. La fracture s'accompagnait d'un gonflement énorme des tissus; aussi le malade fut-il laissé avec une compression ouatée et une gouttière métallique pendant cinq jours.

Au bout de ce temps, un appareil plâtré fut appliqué qui maintenait bien la fracture en bon état de réduction. Cette gouttière est laissée en place pendant trente-deux jours. Nous constatons alors que la consolidation, sans être nulle, est toutefois très peu avancée. Pendant trois semaines, le malade est laissé dans une gouttière métallique, sans aucun résultat appréciable, de sorte que, au bout de soixante-dix jours environ, la fracture n'est pas consolidée, et pourtant, ici, la coaptation des fragments avait été facile et l'immobilisation parfaite. Je dois dire toutefois qu'à l'encontre du précédent le malade avait une mauvaise nutrition; bien qu'âgé de cinquante-sept ans seulement, il était aveugle, athéromateux

et offrait les signes d'une sénilité précoce. En outre, cette jambe cassée avait été antérieurement déjà cassée et consolidée en abduction marquée : la rotule cassée à la même époque avait un cal fibreux. Les conditions générales étaient donc chez ce second malade plus défavorables.

A la fin de novembre, environ soixante-dix jours après l'accident, je fis appliquer un nouvel appareil plâtré, en même temps que je soumis le malade à la thyroïdine, prescrite à doses peu à peu progressives jusqu'à la dose quotidienne de 60 centigrammes. Nous eûmes au bout de quinze jours de ce traitement quelques accidents : pouls rapide à 96, maux de tête, nausées et même vomissements, diarrhée, et diminution des urines. Je m'apprêtais à cesser la médication si le pouls continuait à augmenter ses pulsations, mais, au bout de trois jours, les accidents ayant cessé, cette médication fut continuée.

Le 25 décembre, vingt cinq jours après l'emploi du médicament, il persistait encore de la mobilité ; le 6 janvier, la consolidation était complète.

Tels sont mes deux faits : ils semblent l'un et l'autre, avec une valeur du reste inégale, favorables à l'emploi de la médication thyroïdienne ; le premier fait est certainement plus concluant que le second, en raison de l'absence de toute cause générale de retard de la consolidation, en raison aussi de la longue durée de la non-consolidation.

S'ils n'ont pas une valeur péremptoirement démonstrative, s'ils ne détruisent pas les faits négatifs que je vous ai rapportés antérieurement et ceux plus récents de Guinard et Poirier, ils renforcent cependant cette conclusion de mon rapport, à savoir que la médication thyroïdienne méritait d'être essayée dans les cas de retard de consolidation des fractures.

Rapport.

Epingles à cheveux tombées dans la cavité vésicale chez la femme. Extraction par les voies naturelles.

Rapport par M. LUCIEN PICQUÉ.

Messieurs, il y a plus d'un an, j'ai eu l'honneur de vous présenter un rapport sur un cas qui nous avait été adressé par M. Rochard, aujourd'hui notre collègue, et relatif à l'extraction chez une femme, par la taille vaginale, d'une épingle à cheveux tombée dans la vessie.

Je formulais à ce propos l'opinion qu'il fallait délaisser tous les procédés d'extraction par les voies naturelles quand il s'agit de corps pointus comme les épingles à cheveux et je me ralliais délibérément à la pratique de la taille.

Depuis lors, deux chirurgiens distingués de la province, M. le Dr Guillet (de Caen) et M. Mougeot (de Chaumont), nous avaient adressé deux observations qui nous montrent des procédés ingénieux d'extraction par les voies naturelles. Je tiens à vous les communiquer, pour corriger la conclusion un peu trop absolue que j'avais formulée dans mon rapport.

Obs. I. — Dr Mougeot (de Chaumont).

Femme de trente-deux ans, enceinte de son huitième enfant. Épileptique. Dit qu'elle a été prise d'une crise au moment où elle se grattait avec une épingle à cheveux.

Le mari aurait encore pu voir les pointes de l'épingle, qui peu à peu disparut dans la vessie. Elle n'en souffre guère. C'est le quatrième jour après l'accident.

8 *octobre* 1894. — Tout était préparé pour la taille, chloroforme, savonnage de la vulve et du vagin, dilatation rapide de l'urètre au moyen du dilatateur utérin de Scanoni. L'introduction du doigt reconnaît l'épingle dirigée presque d'avant en arrière, les pointes appuyant un peu à gauche du col vésical.

L'ongle introduit sous une pointe la soulève, la repousse à gauche et met l'épingle à peu près en travers.

Puis, la pulpe va chercher la partie convexe qu'elle attire en bas; l'épingle bascule et se colle verticalement derrière la symphyse pubienne, les pointes en l'air. En appuyant la pulpe à plat sur la partie convexe et faisant effort en retirant le doigt, l'épingle bascule encore et est facilement attirée dans le canal qui s'ouvre devant elle au fur et à mesure que le doigt se retire, en même temps que la pulpe l'entraîne en la serrant contre la paroi supérieure de l'urètre. Aucune douleur; pas d'incontinence quoique l'urètre ait assez abondamment saigné lors de la dilatation.

Sortie de l'hôpital le surlendemain.

Voilà certes une manœuvre élégante, qui fait honneur à l'ingéniosité de notre confrère et montre bien ce que, dans certains cas, on peut obtenir par les voies naturelles.

Obs. II. — Adressée par le Dr Guillet (de Caen).

Une jeune fille de vingt ans est présentée à M. Guillet, en janvier 1898, parce qu'elle souffre de la vessie depuis quelques jours.

Elle avoue s'être introduit une épingle à cheveux, dont il est facile d'ailleurs de constater la présence à l'aide de l'explorateur métallique. Le lendemain, après chloroformisation, M. Guillet essaie à plusieurs reprises, mais sans succès, de saisir avec un long crochet l'épingle par

son extrémité recourbée et de l'attirer au dehors. L'urètre est alors dilaté à l'aide des bougies d'Hégar. Avec l'index, qui entre dès lors facilement dans la vessie, on reconnaît aisément la position du corps étranger : il est transversalement placé, l'extrémité mousse située à droite de la vessie. Recourbant l'index en crochet, dit M. Guillet, j'accroche l'épingle par cette extrémité et je réussis à l'amener au contact du col. A ce moment l'index de la main restée libre est introduit dans le vagin et placé au contact du corps étranger à travers la cloison vésico-vaginale. L'épingle ainsi saisie entre l'index placé dans la vessie et l'autre dans le vagin comme entre les deux mors de la pince est sans difficulté attirée au dehors, à travers l'urètre dilaté. Les suites furent nulles, et dès le lendemain la malade put quitter l'hôpital. Elle a été revue depuis en pleine santé.

Voilà encore un autre fait, dans lequel une manœuvre différente a été employée, mais qui n'en démontre pas moins qu'on ne saurait être exclusif relativement au traitement des corps étrangers de la vessie chez la femme. Si, comme je l'ai dit, il y a des cas où il convient de recourir d'emblée à la méthode sanglante, il n'en est pas moins vrai que, dans certaines circonstances, on peut pratiquer l'extraction des corps étrangers, même quand ils sont pointus, par les voies naturelles, et je ne veux pas décrire ici tous les procédés ingénieux qui ont été proposés.

C'est pourquoi je tenais à vous présenter les deux observations ci-dessus.

M. Pozzi. — Je préconise pour ma part le procédé de M. Collin ; il a imaginé un crochet à l'aide duquel on invagine l'épingle dans une sorte de canule.

M. Rochard. — Si pour enlever une épingle j'ai fait la taille sus-pubienne, c'est que j'avais épuisé auparavant tous les moyens connus.

M. Guinard. — On peut se servir avec avantage d'un instrument qui n'appartient point à l'arsenal chirurgical, le crochet à bottines, qui m'a rendu des services dans un cas, aux environs de Paris, où, en me servant de ce crochet très simple, j'ai enlevé aisément une épingle de la vessie.

Fracture de l'atlas, luxation de l'axis, consécutives à une chute sur la tête et n'ayant amené aucun accident grave, par M. Billot, médecin principal.

Rapport par M. L. PICQUÉ.

Notre confrère M. Billot nous a présenté dans une de nos dernières séances un malade atteint d'une lésion traumatique grave de la colonne cervicale n'ayant entraîné à sa suite aucun accident grave.

Voici l'observation présentée, dans ses points essentiels :

Le 28 août 1898, P... (Gustave), vingt et un ans, cultivateur, tombe en arrière d'une hauteur de 3m,50, la tête la première sur le sol recouvert d'un léger lit de paille. Il ne perdit pas connaissance et se releva seul, il peut marcher même pendant 100 mètres.

Douleur violente à la nuque. Gêne dans les mouvements de la tête : difficulté très grande pour avaler.

Aucun phénomène de paralysie ni d'anesthésie.

La douleur à la nuque disparait au bout de quinze jours, mais la dysphagie persiste encore actuellement.

Le malade a repris son travail au bout de trois semaines, et vient d'être incorporé dans un régiment de Paris. Envoyé le 16 novembre à l'hôpital Saint-Martin, M. Billot a pu faire les constatations suivantes :

Inspection. — La tête est droite; mais raide. L'axe de la face est un peu porté vers la droite, c'est-à-dire que la face regarde légèrement à droite. L'oreille gauche est un peu plus basse que l'oreille droite.

En arrière, la région supérieure de la nuque est déformée, il existe sur le côté droit, un peu en dehors de la ligne médiane, une saillie visible à l'œil nu. L'axe des apophyses épineuses de la colonne cervicale est dévié de près de un travers de doigt à droite, au niveau de l'apophyse épineuse de l'axis.

Mouvements. — Les mouvements de flexion et d'extension de la tête seule sont limités; il y a de la difficulté à faire les mouvements du oui et du non. Les mouvements de rotation de la tête à droite sont possibles; mais limités également. Ceux de rotation de la tête à gauche sont plus incomplets encore et ne se font guère qu'avec la participation du tronc. Il existe donc de la raideur de la nuque.

Palpation. — En avant, bien que la bouche ne puisse s'ouvrir très largement, nous pouvons cependant introduire le doigt et sentir sur la paroi postérieure du pharynx, du côté droit, une

saillie étendue surtout verticalement, et dont le siège correspond au corps de l'axis.

En arrière, entre l'occipital et la première apophyse épineuse saillante sur l'axe de la colonne vertébrale, c'est-à-dire la troisième cervicale, il existe un intervalle très marqué, un vide, dans lequel l'apophyse épineuse de l'axis est déviée à droite, à près de un travers de doigt en dehors de la ligne médiane.

Sur le côté gauche du cou, on sent une saillie osseuse qui n'existe pas du côté droit, et qui nous semble correspondre à l'apophyse transverse gauche de l'atlas déplacée.

Enfin la pression dans la région des vertèbres supérieures est douloureuse.

Contrairement à ce que l'on voit d'habitude dans les fractures, quand elles n'ont pas amené des accidents ordinairement mortels rapidement, le malade que nous a présenté M. Billot ne présente absolument aucune altération dans les mouvements soit des membres inférieurs, soit des membres supérieurs. Il marche sans peine, gesticule de même. Sa force musculaire, mesurée au dynamomètre, donne 80 kilogrammes pour la main gauche, et 72 kilogrammes pour la main droite; mais il faut dire que, bien que n'étant pas gaucher, P... a toujours eu plus de force du côté gauche que du côté droit.

Aucune altération non plus dans les muscles de la face. P... peut rire, siffler, tirer la langue, la mouvoir à droite et à gauche. Rien également du côté du voile du palais.

Les seuls troubles que l'on constate sont, comme nous l'avons dit, la raideur de la nuque et la dysphagie.

Au point de vue de la sensibilité, nous ne trouvons rien non plus d'anormal. Les pincements, les piqûres, les frôlements, le froid, le chaud sont perçus également à droite et à gauche, aux membres, au tronc et à la face. Les organes des sens sont intacts. Il n'y a jamais eu aucun trouble digestif, aucune incontinence, aucune rétention d'urine ni de matières fécales.

La respiration est régulière et normale. Normaux aussi les bruits du cœur et le pouls qui bat soixante-seize fois par minute.

La conclusion à tirer de ce qui précède est que les lésions produites par le traumatisme ont été limitées aux vertèbres cervicales et sont telles que ni au moment de la chute, ni ultérieurement, il n'y a eu compression de la moelle.

Quelles sont donc ces lésions? c'est ce que M. Billot a cherché à établir.

La déviation à droite de l'apophyse épineuse de l'axis, et la saillie existant à droite dans le pharynx, nous conduisent à une luxation à droite de l'axis.

Comme il n'y a eu aucun phénomène de compression du bulbe, nous pensons que cette luxation s'est faite par rotation de l'axis sur son corps comme axe, probablement sans que l'apophyse odontoïde ait été fracturée.

En raison de ce déplacement, l'apophyse articulaire droite de l'axis s'est élevée légèrement. L'atlas probablement intact a suivi ce mouvement et ainsi s'expliqueraient l'inclinaison à droite de l'axe de la face, l'abaissement de l'oreille gauche, et la saillie sur la face latérale gauche du cou de l'apophyse transverse de l'atlas.

M. Billot s'est assuré avec des pièces sèches que cette combinaison était possible et que, de plus, en plaçant les os dans ces conditions, le canal vertébral n'était pas sensiblement déformé, ce qui expliquerait l'absence de lésions médullaires que nous constatons chez notre sujet.

Il fut donc amené à conclure :

Luxation à droite de l'axis, par rotation de la vertèbre sur son corps comme axe, sans fracture de l'apophyse odontoïde.

Les épreuves radiographiques qui vous ont été présentées en même temps que le malade ont permis de modifier ainsi qu'il suit, le diagnostic clinique, bien qu'elles présentent certaines difficultés d'interprétation.

Le tubercule antérieur de l'atlas, au lieu de se trouver dans le plan antérieur des vertèbres cervicales se trouve, d'après la radiographie, fortement déplacé en avant, et nettement isolé. De plus, il existe sur l'arc antérieur de l'atlas, un peu en avant de la masse latérale droite, un espace clair qui semblerait bien indiquer une solution de continuité de l'os en ce point, c'est-à-dire une fracture de l'arc antérieur.

Où se trouve l'apophyse odontoïde? Il ne semble pas, sur la radiographie, qu'elle ait suivi le tubercule antérieur de l'atlas, et nous croirions plutôt qu'elle est restée en place sans être fracturée. La radiographie ne donne rien de bien net à cet égard.

Pour l'axis, on se rend facilement compte que la vertèbre est déplacée.

De telle sorte que si l'on combine la radiographie et la clinique, il y aurait eu :

1° Fracture de l'arc antérieur de l'atlas, un peu en avant de la masse latérale;

2° Luxation latérale droite de l'axis par rotation de la vertèbre sur son corps comme axe, probablement sans fracture de l'apophyse odontoïde.

En tout cas, on peut facilement se rendre compte sur la radiographie que le canal vertébral n'a pas subi de déformation appréciable. Il paraît avoir conservé ses dimensions, et nous pouvons

dès lors comprendre que le traumatisme n'ait déterminé aucun des phénomènes de compression que l'on observe d'habitude avec des lésions de cette nature.

Messieurs, j'ai tenu à vous faire connaître en détail une observation intéressante et peu commune de lésion grave de la colonne cervicale, confirmée par la clinique et par la radiographie et d'y ajouter les commentaires dont l'auteur a fait suivre sa présentation.

Je vous propose en conséquence :

1° De remercier M. Billot de son intéressante communication; 2° de l'inscrire sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national de la Société de chirurgie.

M. Lucas-Championnière. — Je ferai remarquer que, comme il arrive souvent dans les radiographies, les épreuves présentées par M. Billot sont des plus obscures et qu'il n'est pas possible de faire d'après elles un diagnostic précis.

M. Delorme. — Les épreuves sont peu démonstratives, sans doute, mais elles indiquent cependant des modifications dans les rapports normaux de l'arc de l'atlas et de celui de l'axis.

M. Picqué. — J'insiste sur ce fait que M. Billot a présenté, en même temps que les épreuves radiographiques, le malade et une observation fort complète.

Statistique générale des opérations pratiquées à l'hôpital de Bel-Abbès du 1er janvier 1896 *au 1er janvier* 1897, par le Dr Brousse, médecin en chef de l'hôpital de Bel-Abbès (Oran).

M. PICQUÉ, rapporteur.

Messieurs, partout en France les statistiques chirurgicales se multiplient qui démontrent l'importance du mouvement heureux de décentralisation qui s'est fait dans notre pays, au point de vue chirurgical, en même temps que la valeur et l'activité de nos collègues de la province.

Si je me permets, aujourd'hui d'attirer votre attention pendant quelques instants sur la statistique de M. Brousse, c'est qu'il s'agit d'un confrère de l'armée et que ce travail démontre l'expérience que peut acquérir un médecin militaire actif et instruit, dans notre belle colonie d'Algérie, en même temps qu'elle nous donne

un aperçu intéressant sur la géographie chirurgicale de la région sidi-abbésienne de la province d'Oran.

M. Brousse a pratiqué, dans une seule année, 585 opérations, dont 373 de chirurgie oculaire. En parcourant ce travail, on voit que, dans cette région, les affections des yeux sont fréquentes en même temps que graves. Il faut, parait-il, invoquer la malpropreté corporelle ainsi que l'incurie des malades auxquelles vient s'ajouter, chez les indigènes, une indifférence née d'un fatalisme indéracinable.

Les maladies d'yeux revêtent, de ce fait, une intensité dont les maladies similaires étudiées en France ne sauraient donner aucune idée.

Dans cette statistique, nous trouvons : 18 énucléations, 49 iridectomies, 34 cataractes et 104 opérations pour déformations palpébrales graves dues à des affections inflammatoires chroniques, en tête desquelles marche le trachome avec toutes ses formes anatomo-pathologiques.

Dans la section II, nous trouvons 19 opérations pratiquées sur le crâne et la face. L'auteur note la rareté de l'épithélioma de la lèvre chez les Arabes qui sont cependant de grands fumeurs, et il pense que peut-être cette innocuité tient à l'excellente dentition des indigènes, qui atténuerait les fermentations buccales (je laisse d'ailleurs à M. Brousse toute la responsabilité de cette opinion).

Trois cas de trépanations craniennes conduisent l'auteur à esquisser un court chapitre sur les effets de la matraque dont les Arabes abusent, parait-il.

Quelques examens cadavériques permettent de conclure que les effets de la matraque sont anatomiquement comparables aux fractures connues, en chirurgie d'armée, sous le nom de *fractures en roue* et produites par une balle frappant perpendiculairement la boîte cranienne.

Dans la série suivante, nous trouvons 34 opérations pratiquées sur le thorax, le sein et la colonne vertébrale.

Nous y trouvons le cas d'une volumineuse adénopathie de l'aisselle, dont la nature tuberculeuse fut démontrée par l'inoculation et dont l'origine fut une lésion tuberculeuse du mamelon provoquée par l'allaitement d'un enfant porteur de lésions tuberculeuses des lèvres et d'adénopathies tuberculeuses variables, auxquelles il succomba d'ailleurs.

A relater encore un emphysème profond du cou, dû à la perforation du sommet du poumon gauche, par coup de feu et qui disparut à la suite du débridement latéral pratiqué à gauche, sur le trajet de la carotide primitive.

Un cas malheureux de redressement du mal de Pott conduit

M. Brousse à présenter quelques réflexions judicieuses sur les contre-indications de cette méthode, basées sur des considérations anatomo-pathologiques.

Le chapitre des cures radicales de hernies donne 54 interventions, dont 38 hernies inguinales, 3 hernies crurales et 1 ombilicale suivie de mort. M. Brousse a revu tous ses opérés six mois au minimum après l'opération et n'a constaté que 3 récidives, dont 2 imputables à la suppuration des fils de soie profonds.

Dans une série antérieure de 92 cas, l'auteur avait également observé 6 récidives dues à la même cause. Il n'emploie désormais que le catgut préparé par lui.

Pour la hernie inguinale, il emploie le procédé de Czerny ; pour la crurale, il taille un lambeau triangulaire dans l'aponévrose du pectiné, doublé lui-même d'une couche musculaire; il engage la pointe du lambeau relevé dans l'anneau et l'y fixe. Par devant, il réunit le muscle contenu et la portion restante du muscle pectiné. C'est une sorte de procédé myoplastique à deux plans avec lequel il n'a jamais eu de récidive.

M. Brousse relate deux cas de gastrostomie avec observation détaillée de contusion grave de l'abdomen, avec perforations intestinales multiples, traitées par une large résection suivie de l'application du bouton de Murphy; lésions qui n'avaient amené que des symptômes très atténués au début, ce qui le conduit à se prononcer pour l'intervention hâtive.

L'appendicite, si fréquente à Paris, n'a fourni à l'auteur qu'un seul cas d'intervention.

La statistique comprend ensuite 34 interventions sur les organes génitaux de l'homme. M. Brousse, en s'appuyant sur des considérations anatomo-pathologiques intéressantes, préconise le traitement sanglant de l'hydrocèle.

A signaler 2 cas d'autoplastie difficile du canal de l'urètre, facilitée par la création d'un méat périnéal; 3 cas de taille hypogastrique pour calculs, suivis de considérations intéressantes de technique opératoire. Chez les opérés gras, M. Brousse conseille l'incision transversale avec la désinsertion des muscles droits; d'autre part, il recommande l'incision de la vessie près du sommet pour éviter la fistule hypogastrique.

Treize opérations de varicocèle fournissent à M. Brousse un chapitre intéressant sur le manuel opératoire de la ligature des veines qu'il préfère à la résection et sur la pathogénie d'une variété spéciale qu'il appelle varicocèle aigu et dont il a observé 3 cas. Il nous annonce un travail ultérieur sur le mécanisme du varicocèle aigu.

Nous trouvons encore, dans ce travail, 34 interventions sur les

organes génitaux de la femme : 15 pratiquées sur le rectum ; 22 ostéomes musculaires. A ce propos, M. Brousse se range à la théorie de la myosite ossifiante et insiste sur l'efficacité du massage au début. 14 cas d'ulcères variqueux traités par les ligatures multiples de la saphène, procédé auquel il accorde une importance véritable.

Dans le chapitre relatif à la chirurgie des membres, nous relevons encore 6 désarticulations, 7 résections, 10 grandes amputations, 5 cas d'opérations orthopédiques (pieds bots), un cas d'arthrodèse.

Je ne pourrais, sans abuser de votre bienveillante attention, suivre l'auteur dans tous les développements intéressants dans lesquels il entre à propos de chacun des cas qu'il a observés.

En nous apportant cette statistique, M. Brousse a prouvé qu'il est à la fois un praticien actif et un savant consommé, au courant de toutes les questions de médecine opératoire, de clinique et de pathologie chirurgicale. Il fait honneur à la médecine militaire qu'il a dû quitter récemment pour raisons de santé, mais il n'en continue pas moins à exercer, avec distinction, la chirurgie comme médecin civil à Bel-Abbès.

Messieurs, je vous propose donc de remercier M. Brousse de son intéressant travail, et de l'inscrire dans un rang honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national de la Société de chirurgie.

Kyste congénital de la glande thyroïde. Extirpation. Guérison,

par M. Isambert, médecin principal.

Rapport par M. L. Picqué.

Messieurs, M. Isambert vous a récemment adressé une observation sur laquelle vous m'avez prié de vous présenter un rapport.

Voici le résumé de ce cas :

Enfant de sept ans, bien constitué, ayant présenté dès sa naissance, à la face antérieure du cou et au niveau du corps thyroïde, une tumeur molle, fluctuante, du volume d'une petite noix, indolore, sans adhérence à la peau.

La tumeur resta stationnaire jusqu'à l'âge de six ans.

A cette époque, le docteur Dureau, qui soignait l'enfant, constata un accroissement assez rapide, si bien qu'en juin 1898 elle

avait atteint les dimensions d'une mandarine et devenait gênante. C'est alors que l'extirpation fut décidée et pratiquée le 23 juin avec l'aide de M. le docteur Dureau et de M. Donnaud, médecin de la marine.

Une incision médiane de 7 à 8 centimètres, partant du cartilage cricoïde, conduisit sur une poche sphérique à contenu liquide et à paroi très mince, surtout en avant. Vaisseaux thyroïdiens très développés à sa surface. La poche se rompit au cours de l'opération et donna issue à un flot de liquide séro-purulent.

L'enveloppe kystique parut alors à M. Isambert formée par un tissu d'aspect glanduleux. Revenue sur elle-même après l'évacuation du liquide, elle perdit sa forme globulaire et se présenta sous la forme d'une masse formée de deux renflements latéraux reliés par une partie rétrécie. Il semble donc que la cavité du kyste se trouvait creusée aux dépens de l'isthme du corps tyroïde avec prolongements symétriques dans les lobes latéraux. Une coupe pratiquée dans le tissu de cette poche intra-glandulaire donna l'apparence du tissu thyroïdien normal.

D'ailleurs M. Lesné, interne des hôpitaux de Paris, en pratiqua l'examen histologique et remit à M. Isambert la note suivante :

« 1° Le tissu examiné présente les vésicules normales du corps thyroïde avec leurs deux variétés cellulaires; la glande est cependant parcourue par du tissu conjonctif organisé plus abondant que de coutume et est infiltrée au voisinage du kyste par des cellules embryonnaires d'origine inflammatoire.

« 2° Le kyste fait nettement partie de la glande, car dans les parois essentiellement conjonctives, on trouve des débris de vésicule. Cette paroi, au voisinage de la cavité, comprend des quantités de globules blancs et est tapissée du côté de la cavité par un épithélium déformé par places.

(Ce dernier fait s'explique par la suppuration dont l'existence a été constatée au cours de l'opération.)

« Dans la plus grande partie de son étendue, cet épithélium est constitué par de hautes cellules cylindriques. Entre les cellules cylindriques se trouvent des cellules rondes. »

Il semble bien que le diagnostic de kyste thyroïdien soit confirmé par l'examen précédent. Son origine congénitale paraît d'autre part corroborée par l'histoire clinique du malade.

Il s'agit dès lors d'une affection bien rare et qui à ce titre méritait de retenir quelques instants votre attention.

M. Lannelongue, dans son Traité, n'y consacre qu'un court chapitre. Les cas jusqu'ici connus sont au nombre de six : à l'étranger, ceux de Virchow, de Demm et de Lochlein cités par Volfler; en France, un cas cité par Boucher (thèse de 1868) et

découvert chez un fœtus de six mois; un autre, de Rendu (*Soc. anat.*, 1871), un cas de Houel (*Soc. anat.*, 1873).

Lannelongue et Achard ont émis des réserves snr l'origine thyroïdienne de ces kystes, bien que dans le cas de Houel, par exemple, l'examen histologique pratiqué par Legros ne permette aucun doute.

En tout cas, dans l'observation de M. Isambert, l'origine thyroïdienne est évidente. Le kyste est ici bien nettement thyroïdien et développé au centre de la glande qui a conservé sa structure normale.

Quant à la pathogénie, elle reste obscure. Peut-être faut-il invoquer, avec A. Broca, la partie supérieure de l'invagination médiane du canal de Bochdaleck.

Messieurs, je vous propose de remercier M. Isambert de sa communication et de déposer l'observation dans nos archives.

Communication.

Kyste de l'ovaire simulant une grossesse ectopique rupturée. Laparotomie tardive. Mort subite,

par M. le Dr DE VLACCOS.

Le 26 novembre dernier, un confrère me mandait à la campagne par une lettre pressante « afin de faire une laparotomie pour grossesse extra-utérine rupturée ». Le temps de me préparer et de me munir de tout le nécessaire pour une opération si importante à faire loin de tout centre, et je me rendis, après quatre heures de trajet, sur le lieu où l'on me raconta ce qui suit :

La patiente, femme de vingt-six ans, mère de deux enfants, à menstruation régulière et sans jamais avoir présenté d'accidents pelviens antérieurs, devint enceinte il y avait cinq mois. Pendant le cours du troisième mois de sa grossesse présumée, des hémorragies formidables et à répétition nécessitèrent des tamponnements réitérés et vers la fin de cette période (troisième mois), le médecin retira du vagin des lambeaux de membranes qu'il attribua tout d'abord à un avortement effectué.

Cependant le ventre de la femme continua à grossir, les signes réflexes de la grossesse persistèrent et l'examen attentif de la patiente révélait une tumeur dans le flanc droit. Le médecin se crut alors devant une grossesse ectopique qui lui donnait l'expli-

cation de tous les accidents présentés antérieurement : rejet d'une caduque, hémorragies, etc. Le repos le plus absolu fut conseillé, mais la femme, récalcitrante à tout conseil, se livra comme par le passé à tous les travaux de peine des campagnardes sans en être nullement troublée. Arrivée au cinquième mois et voulant soulever un bahut, elle ressentit aussitôt une douleur atroce dans le flanc droit, et tomba sans connaissance. Cet accident arriva le 20 novembre, le médecin mandé trouva la femme en état syncopal avec pouls rapide (145), adbomen très distendu, douleurs abdominales continues, vomissements bilieux, anxiété extrême et hypothermie (35°8). Vu le diagnostic posé antérieurement, l'idée de rupture du kyste fœtal s'imposait nécessairement. Il en fit part à l'entourage de la patiente et conseilla l'intervention. Les parents, toujours lents à se décider, crurent pouvoir impunément surseoir à l'avis de leur médecin et attendirent cinq jours pour prendre une résolution. Ce n'est donc que le 26 novembre que je vis la patiente, dans l'état suivant : facies péritonéal, vomissements incoercibles, abdomen très distendu, douloureux spontanément et à la palpation, matité hypogastrique arrivant à la hauteur de la cicatrice ombilicale, tympanisme au delà, pouls 125-130, petit et fréquent, température 36°5, grande agitation; en somme, tableau complet de péritonite. C'est dans d'aussi mauvaises conditions que nous procédâmes à l'opération, assisté de trois confrères. A l'ouverture du ventre, un peu de liquide louche s'écoule et la tumeur apparaît de la grosseur d'une grosse tête d'adulte, violacée, parcourue par d'énormes veines turgescentes. Afin de circonscrire la tumeur et la faire accoucher, l'incision est prolongée au delà de la cicatrice ombilicale. Des adhérences nombreuses existent avec l'épiploon et le côlon transverse, mais elles sont lâches et cèdent facilement sans suintement. La tumeur est close de toute part, point de rupture. Elle est accouchée finalement et nous constatons qu'elle est pédiculée; pédicule gros comme deux index ayant subi trois torsions. La trompe, très hypertrophiée, rampe à la surface de la tumeur, ses franges et son pavillon sont démesurément grossis. Ligature pédiculaire soignée et section. Annexes gauches physiologiques, utérus modérément gros. Assèchement de la cavité par des compresses stérilisées. Gros drain enveloppé de gaze iodoformée dans la cavité de Douglas; suture à trois étages et pansement légèrement compressif; durée de l'opération, trente-cinq minutes.

Plus de vomissements, ni pendant, ni après l'opération, pouls très faible, réveil rapide, abattement extrême. Mille grammes de sérum artificiel. Trois heures après l'opération, amélioration relative en l'état général. Pouls 100-110. Température 36°7, plus d'an-

goisse, pas de vomissements. Son état allait en s'améliorant, lorsque, quatorze heures après l'opération, la malade fut prise soudain d'anxiété précordiale avec étouffement et mort subite. Elle a très probablement succombé à une embolie.

Examen macroscopique de la pièce. — Tumeur ovoïde, lisse, violacée, extrêmement congestionnée; ses dimensions sont celles d'une tête d'adulte. La section nous montre une surface interne creusée de cavités nombreuses et assez grandes, quelques-unes, pour contenir un œuf de poule. Nous comptons jusqu'à onze poches, qui à l'incision donnent un liquide visqueux de couleur noirâtre. D'autres sont remplies de caillots noirs. L'examen histologique de la tumeur n'a pas été fait, mais il ressort clairement de par son aspect macroscopique qu'il s'agit d'un kyste prolifère de l'ovaire à forme alvéolaire.

Ce cas m'a semblé assez intéressant pour mériter d'être communiqué à la Société. En effet, voilà une tumeur abdominale que l'évolution et les accidents qui la signalent imposent pour une grossesse ectopique. Aménorrhée chez une femme jusque-là toujours bien réglée, suivie bientôt de métrorragies abondantes. Troubles réflexes, douleurs pelviennes, accroissement constant et rapide du ventre, expulsion à un moment donné de membranes prises non sans raison pour une caduque. Plus tard, douleurs syncopales et signes d'hémorragie interne. Que manque-t-il au tableau symptomatologique de la grossesse ectopique? Tout, en effet, n'a-t-il pas été mis en scène pour égarer la sagacité du médecin?

Réflexion. — Je crois pour ma part que, dans mon observation, il y a eu coïncidence de tumeur ovarienne et de grossesse normale avortée au troisième mois.

La tumeur a continué son évolution et la torsion du pédicule est venue à un moment donné faire naître la douleur subite et les accidents péritonéaux qui en ont imposé pour une rupture.

Ce fait vient s'ajouter aux nombreuses surprises que nous réserve l'abdomen.

Présentation de malades.

Résection de l'articulation temporo-maxillaire droite pour une constriction des mâchoires suite d'une ankylose temporo-maxillaire chez une fillette de dix ans.

M. E. Kirmisson. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter une fillette de dix ans, chez laquelle j'ai pratiqué, le 21 novembre

dernier, la résection de l'articulation temporo-maxillaire droite pour une ankylose de cette articulation. La pathogénie des accidents est la suivante : Cette enfant a eu la scarlatine à l'âge de sept ans et demi ; et à la suite de cette scarlatine, une otorrhée double qui a déterminé, du côté droit, une arthrite temporo-maxillaire suppurée, suivie elle-même d'ankylose. Quand l'enfant nous a été présentée, la constriction des mâchoires était tellement serrée, que l'écartement des dents ne dépassait pas 4 ou 5 millimètres. La question qu'il nous fallait résoudre était celle de savoir si l'ankylose était uni ou bilatérale. Nous arrivâmes à nous convaincre que l'ankylose était unilatérale et occupait le côté droit ; les raisons qui nous conduisirent à ce diagnostic furent les suivantes : 1° L'écartement des mâchoires était un peu plus prononcé à gauche qu'à droite : 2° quand on engageait l'enfant à abaisser la mâchoire inférieure, on voyait que le menton était invariablement entraîné vers la gauche ; il y avait donc dans l'articulation temporo-maxillaire gauche des mouvements de diduction ou de latéralité qui faisaient complètement défaut du côté droit.

Le 21 novembre, je pratiquai chez cette enfant la résection de l'articulation temporo-maxillaire droite, en suivant le procédé tracé par M. Farabeuf et son élève M. Rieffel, c'est-à-dire que je fis une incision transversale de trois centimètres de longueur environ au niveau de l'apophyse zygomatique, sur laquelle je fis tomber perpendiculairement une seconde incision verticale de deux centimètres de longueur, cette dernière, superficielle, comprenant seulement la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Les parties molles furent incisées complètement jusqu'à l'os, suivant le trajet de l'incision transversale. Rien n'est plus facile, comme l'ont noté tous les observateurs, que de décoller complètement le périoste et d'éviter le nerf facial qu'on maintient rétracté par en bas au moyen d'un écarteur. Le temps le plus difficile, c'est certainement la section du condyle. Déjà M. Rocher, dans sa thèse sur le traitement des ankyloses, puis M. Farabeuf, conseillent l'emploi de la scie à chaîne. Mais chez cette enfant très jeune et dont la rétraction était considérable, il me fut absolument impossible de passer la scie à chaîne entre l'arcade zygomatique et le rebord de la cavité sigmoïde du maxillaire, tant ces deux parties osseuses étaient rapprochées l'une de l'autre. Force me fut de sectionner le col du condyle avec le ciseau et le maillet. C'est là une besogne laborieuse, vu la profondeur de l'os sur lequel on opère, vu son épaisseur et sa solidité. Quand je jugeai la section de l'os suffisamment avancée, je forçai le mouvement d'abaissement du maxillaire inférieur ;

dans ce temps, la portion restante du col fut fracturée; dès lors, l'écartement des mâchoires put être obtenu en totalité. Il me resta à sculpter avec la gouge et le maillet le condyle intimement fusionné avec la cavité glénoïde du temporal, et qui fut enlevé en plusieurs morceaux. Comme il arrive d'ordinaire en pareil cas, toute trace du ménisque inter-articulaire avait disparu. La plaie fut suturée, après interposition d'un drain.

Les suites opératoires furent très simples; toutefois, comme l'oreille correspondante versait encore du pus, la plaie fut légèrement inoculée, et il y eut un peu de suppuration. Chaque jour, nous fîmes exécuter à la petite malade des mouvements d'écartement des mâchoires. Nous avons même, après cicatrisation complète de la plaie, fait la dilatation méthodique de l'orifice buccal avec la poire à vis habituellement employée à cet usage. Aujourd'hui, cinquante jours après l'opération, le résultat peut être considéré comme excellent; l'écartement des mâchoires ne laisse rien à désirer.

M. Michaux. — Je puis communiquer un cas analogue dont j'ai été témoin à Beaujon. Il s'agissait d'une ankylose double de l'articulation temporo-maxillaire, d'un côté, l'ankylose était incomplète, fibreuse, de l'autre le condyle était tellement fusionné avec l'arcade zygomatique qu'il a fallu détacher à la gouge les parties osseuses.

Je n'ai pu recueillir de renseignements sur les causes de cette ankylose et je m'étais demandé s'il ne s'agissait pas d'une affection congénitale. J'ai eu des difficultés opératoires très grandes mais le résultat a été satisfaisant.

M. Pierre Delbet. — Je profite de la présentation faite par M. Kirmisson, pour rappeler un cas curieux de constriction permanente des mâchoires que j'ai observé il y a quelques mois.

Il s'agissait d'une jeune fille de vingt-deux ans. Les accidents de constriction remontaient à une quinzaine d'années, et ils étaient consécutifs, m'a-t-on affirmé, à un traumatisme que la malade avait subi vers l'âge de sept ans. Il me fut d'ailleurs complètement impossible d'obtenir un renseignement quelque peu précis sur ce traumatisme.

Quand je vis la malade, l'immobilité du maxillaire inférieur était absolue. Les rapports des deux mâchoires étaient bien étranges. Les molaires chevauchaient les unes sur les autres, tandis que les incisives étaient écartées de 1 cent. 1/2 environ. Le chevauchement des molaires pouvait être légitimement attribué à ce que les dents avaient poussé après le traumatisme et la production de l'ankylose. Quant à l'écartement des incisives, je pensai qu'il avait

pour origine une double fracture ayant détaché un segment de l'arc maxillaire, segment qui, abaissé par les muscles sus-hyoïdiens, se serait vicieusement consolidé. Je dois dire cependant qu'il n'y avait aucune autre trace de ces fractures, aucun cal apparent. La radiographie n'a rien révélé ni au point de vue de ces fractures, ni au point de vue de la cause de l'ankylose. Je ne pus même arriver à déterminer quel était le côté le plus malade. Je regrette de ne pas avoir fait l'éclairage électrique intra-buccal, qui sans doute m'aurait donné des résultats intéressants.

Je commençai mon intervention par le côté gauche. De ce côté, il y avait une ankylose simple. Je fis la section du col et la résection du condyle.

M. Kirmisson a fait cette résection par l'incision angulaire classique. La portion verticale de cette incision me préoccupait. Je songeais que si on la faisait profonde, on coupait le facial, que, si au contraire on la faisait superficielle, comme on le recommande, elle ne devait servir à rien. Je fis quelques expériences cadavériques et je constatai qu'avec une seule incision très légèrement oblique en bas et en avant, commençant au ras de l'oreille, au niveau du tubercule de l'apophyse zygomatique, et croisant à angle très aigu l'articulation temporo-maxillaire, on pouvait facilement réséquer le condyle. C'est ce que j'ai fait sur ma malade. Je crois donc qu'on peut se passer de l'incision verticale.

Cette résection unilatérale ne donna aucun résultat. La mâchoire resta aussi immobile après qu'avant.

Je voulus répéter la même opération du côté droit, mais je rencontrai là une disposition singulière, qui me causa des difficultés énormes. De ce côté, il n'y avait plus de col, plus de condyle, plus d'articulation, mais un contrefort osseux, qui fusionnait complètement le maxillaire avec le temporal et l'arcade zygomatique. Cette masse osseuse mesurait au moins 3 centimètres dans le sens antéro-postérieur et 1 centimètre environ d'épaisseur. En somme, le masseter paraissait transformé en un os, os lui-même fusionné avec la branche montante du maxillaire. S'agissait-il d'un cal exubérant et difforme, ou bien d'une myosite ossifiante du masseter? je n'en sais rien, mais ce que je sais bien, c'est que cette masse osseuse, très dure, me donna un mal énorme, et que je mis près d'une heure à la sectionner au ciseau et au maillet. Lorsqu'elle fut sectionnée, la bouche put être ouverte. J'enlevai alors sur chaque lèvre de la section une lame osseuse, et pour éviter la formation d'un nouveau cal, je glissai dans cette brèche un tampon de gaze iodoformée, qui fut maintenu pendant près de six semaines.

J'ai revu la malade, il y a quelques jours, et j'ai constaté que depuis que je l'avais perdue de vue, la mobilité du maxillaire a diminué. Il en reste cependant assez pour qu'on puisse espérer que, grâce à des exercices bien dirigés, le résultat définitif sera, non pas brillant, mais suffisant

M. Michaux. — J'ai observé des lésions tout à fait analogues et je voudrais savoir de M. Delbet s'il existait, comme chez ma petite malade, un retrait notable des dents inférieures.

M. Pierre Delbet. — Je repète que dans mon cas, les incisives étaient écartées de près de 2 centimètres. Comme dans le cas de M. Michaux, le menton était en retrait. Vue de profil, la malade semblait n'avoir pas de menton, le maxillaire paraissait atrophié. Cependant les dents étaient au complet.

Angiome lymphatique.

M. Paul Reynier. — J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie un enfant de neuf ans, né à Montmartre, et n'ayant jamais quitté Paris. .

Sa mère me l'a amené, il y a dix mois, pour une tumeur siégeant à la partie interne de la cuisse gauche, au-dessous de l'arcade crurale. Cette tumeur était du volume du poing, mal limitée, ayant la consistance d'un lipome, la peau au-dessus présentait son aspect normal.

Cette tumeur avait débuté quatorze mois auparavant. Quand sa mère s'en était aperçu accidentellement, la grosseur atteignait le volume d'une noix. En quatorze mois, elle avait pris le volume que j'ai signalé plus haut. Ma première idée avait eté celle d'un lipome diffus. On sentait, en effet, des parties lobulées et la tumeur semblait se continuer avec les parties profondes de la peau. Mais la mère nous donna le renseignement suivant qui nous conduisit au diagnostic : cette tumeur diminuait par le repos, disparaissait presque pour augmenter par la marche et la station debout; nous crûmes à un adénolymphocèle. Je l'opérai au mois de janvier 1899, et au lieu de trouver un adénolymphocèle, je suis tombé sur un véritable angiome lymphatique constitué par un réseau de gros vaisseaux lymphatiques occupant tout le fascia cribriformis et le pannicule graisseux sous-cutané.

A l'œil nu, on voyait de gros vaisseaux lymphatiques dont la section laissait échapper de la lymphe, mais je ne trouvai pas de

ganglions hypertrophiés et nullement l'aspect classique de l'adénolymphocèle. Ce réseau lymphatique rappelait les réseaux veineux ou artériels que l'on voit dans les tumeurs érectiles veineuses ou artérielles. Je disséquai tout le fascia cribriformis, mettant à nu la veine fémorale et l'artère, et j'enlevai tout le tissu cellulaire sous-cutané, dans lequel se trouvaient ces vaisseaux lymphatiques, posant en haut et en bas des ligatures sur les gros troncs lymphatiques, qui paraissaient former le pédicule de la tumeur.

Les suites de l'opération furent très bénignes ; sauf un point limité de sphacèle de la peau, à la partie inférieure de la ligne de réunion des lambeaux, point qui se détacha antiseptiquement, les choses se passèrent très simplement.

Je n'eus, à la suite de cette opération, ni lymphorragie, ni fistule.

L'examen histologique de cette tumeur a été fait par M. Declou. Il démontra qu'on avait là un véritable réseau lymphatique formé par des vaisseaux très dilatés. Cet examen d'ailleurs sera publié ultérieurement.

Lorsque l'enfant se leva, je crus avoir obtenu la guérison. Pendant quelques mois, je suivis mon malade, la guérison paraissait se maintenir, mais il m'est revenu ces temps derniers, et à l'heure actuelle, on peut voir, tout à la partie inférieure de la cuisse, au-dessous de la région fessière, une petite tuméfaction de consistance mollasse, qui semble indiquer que l'angiome tend à reparaître.

Dans ces conditions, je crois que le mieux est de me contenter de mettre un cuissard élastique, ayant la forme d'un demi-caleçon de bain, comprimant la région.

Je présente cet enfant à cause de la rareté de ces tumeurs, surtout dans nos pays.

Étant donné l'aspect de la tumeur, son apparition dans le jeune âge, ne trouvant ici aucune autre cause incriminée, ni traumatisme antérieur, ni filaire qu'on a recherchée avec soin, je crois qu'on est en droit de considérer cet angiome comme une tumeur d'origine congénitale, s'étant développée par le même mécanisme que celui qui préside à la formation des angiomes artériels et veineux.

Présentation de pièces.

Calcul de l'urètre.

M. Routier. — Messieurs, le calcul de forme olivaire que je vous présente, mesurant 5 centimètres, suivant son grand axe, 18 millimètres, suivant son petit, provient de l'urètre d'un homme de soixante ans, venu dans mon service avec tous les signes d'un abcès urineux de la partie pénienne de la verge, en avant de la racine des bourses.

Cet homme prétendait que tous ses troubles de miction ne remontaient pas à plus de quinze jours; il aurait d'abord éprouvé de la difficulté pour uriner, puis la verge aurait gonflé, serait devenue douloureuse, du pus s'écoulait par le méat, et c'est l'ensemble de ces symptômes qui l'avait conduit à venir demander un avis.

J'ai dû, pour avoir ce calcul, pratiquer une incision en avant de la racine des bourses. Comme l'urine était ammoniacale et purulente, j'ai placé une sonde à demeure et fait des lavages.

Tout marcha d'abord à souhait, mais au bout d'une vingtaine de jours, le malade est mort urémique.

Nous avons pu avoir ses reins qui étaient atteint de pyélonéphrite intense, la substance rénale réduite à une mince épaisseur, sans augmentation de volume des organes.

Les uretères étaient dilatés et épaissis.

La vessie ne présentait pas de lésion.

Les lésions du canal étaient presque cicatrisées.

Il est probable que ce calcul engagé depuis longtemps dans l'urètre, y a séjourné, y a grossi tout comme cela se serait passé dans la vessie.

Fracture du rachis suivie de monoplégie du membre inférieur droit.

MM. Lucien Picqué et Dide, interne des asiles. — Il s'agit d'un malade, L..., trente-trois ans, chiffonnier, entré le 4 mars 1897, dans le service de M. Marandon de Montyel, à Ville-Evrard.

Antécédents donnés par le malade lui-même : Père bien portant, mère morte il y a quinze ans.

Le malade avait joui, jusqu'à l'âge de trente ans, d'une excellente santé. A partir de ce moment il est devenu épileptique à la suite de nombreux excès alcooliques.

A son entrée à Ville-Evrard, il présente une crise d'épilepsie tous les quinze jours environ ; à la suite de ces crises sont survenus des troubles mentaux avec période d'excitation hallucinatoire dont il ne garde aucun souvenir.

Le 25 janvier 1898, après une crise, il échappe à la surveillance du personnel et se précipite d'un lieu élevé : on le retrouve étendu sur le dos, sans qu'il soit possible de fixer exactement comment il est tombé.

Il ne peut lui-même nous renseigner, car il est de toute évidence qu'au moment de l'accident il présentait de la confusion mentale post-paroxystique.

A l'inspection, il présente au niveau de la région sacrée une ecchymose qui se prolonge jusque vers la fesse droite. Il existe un degré assez marqué de scoliose dorso-lombaire gauche.

A la palpation, à la partie inférieure de la région dorsale, on sent une dépression assez nette au niveau de l'apophyse inférieure ; à ce niveau, la pression réveille le maximum de douleur. Le malade n'accuse pas d'ailleurs de douleurs persistantes. Pas de crépitation.

Du côté de la jambe droite, la perte de la motilité est presque absolue : le seul muscle qui semble n'avoir pas perdu son action est l'extenseur commun des orteils.

La sensibilité au contact est demeurée partout; la sensibilité à la douleur, à la chaleur, au froid, aux métaux est absolue. Les réflexes sont abolis de ce côté. On constate l'existence d'une hydarthose du genou.

A gauche, au contraire, tous les mouvements sont conservés, la sensibilité est intacte.

Depuis l'accident, le malade n'a pas uriné spontanément. Le cathétérisme est nécessaire.

Une constipation opiniâtre, résistant aux purgatifs répétés, doit être signalée ; un lavement purgatif amène cependant une incontinence passagère des matières, mais la constipation reparaît aussitôt.

Une escarre sacrée ne tarde pas à se former, il se produit bientôt un phlegmon étendu de la région lombaire qui amène la mort du malade un mois après l'accident.

L'autopsie pratiquée a mis en évidence une fracture de l'apophyse épineuse de la 12e dorsale; une fracture intéressant la lame droite de la même vertèbre, et ayant amené une subluxation de la partie gauche de cet os en dehors; le trait de fracture est très net, presque vertical, et admettant l'extrémité d'une sonde cannelée. L'apophyse transverse droite de la 1re vertèbre lombaire est fracturée en deux endroits (fig. 1). Les méninges rachidiennes sont injectées au niveau de la fracture, mais non déchirées; il

n'existait pas de méningite spinale; les nerfs de la queue de cheval du côté fracturé sont dissociés, quelques filaments même présentent une solution de continuité. L'étude comparative du nerf sciatique des deux côtés a mis en évidence une congestion très marquée du sciatique droit.

Ce fait nous a paru intéressant à signaler, en raison de diverses particularités que nous désirons mettre en relief.

Tout d'abord, il est à remarquer, que la fracture siégeait au niveau de la 12e vertèbre dorsale : c'est en effet le siège habituel des fractures de la colonne vertébrale. Dans une thèse récente, Lambert (*Th.* Lille, 1896) a confirmé par de nouvelles recherches cette donnée depuis longtemps classique.

Néanmoins, la variété anatomique, dans notre fracture, est très rare : la solution de continuité porte exclusivement sur la moitié droite de l'arc vertébral.

A notre connaissance, il n'existe qu'un cas analogue au Musée du Val-de-Grâce, cité par Legouest dans son article « Rachis », du *Dict. Encyclopédique.* Il s'agit d'une 2e vertèbre lombaire où le trait de fracture siège sur la racine de l'apophyse transverse et de l'apophyse articulaire supérieure droite; il se prolonge sur la lame de la vertèbre et l'intéresse dans toute son épaisseur sans déterminer le moindre déplacement. On ne possède d'ailleurs aucun renseignement sur le mécanisme de cette fracture.

Le deuxième point intéressant à noter dans notre observation est relatif aux symptômes fonctionnels observés.

Malgré l'extrême fréquence des fractures de la dernière dorsale et de la première lombaire, les observations mettant bien en évidence les symptômes de compression sont relativement rares.

C'est au travail de Thornburn (1) qu'il faut recourir, pour voir la question traitée d'une façon complète. Outre toutes les observations antérieures, l'auteur anglais enrichit la science de deux belles observations suivies d'autopsie, permettant d'affirmer avec précision le siège de la fracture. En dehors des symptômes locaux, Thornburn insiste surtout sur la paralysie complète des membres, l'anesthésie complète et bien limitée au bassin, l'abolition des réflexes plantaires, crémastériens, patellaires, la rétention d'urine et des matières fécales aboutissant plus tard à l'incontinence. Valentini en 1890 (*Zeits. für klin. Med.*, 1890), Ferrut, Jeo et Bechterew (1890) ont confirmé soit par la clinique, soit par l'expérimentation, les données précédentes.

Depuis, quelques cas paradoxaux ont été publiés, mais aucun ne semble se rapprocher du nôtre. Tout d'abord, il n'en existe

(1) Thornburn. *A contribution to the surgery of spinal cord.* London, 1887.

aucun dans le travail si complet et si consciencieux de Thornburn Ménard, dans sa thèse (*Th.* Lille, 1888), publie une observation qui pourrait, *a priori*, s'en rapprocher.

Elle a trait à un malade qui, ayant subi un violent traumatisme de la région dorso-lombaire, eut une fracture du rachis.

Les symptômes se localisèrent au niveau d'une jambe, l'autre restant saine; mais le malade se leva et la jambe saine se paralysa.

D'ailleurs, le diagnostic précis du siège manque. Le malade survécut.

Dans les 180 cas rapportés par Chipault (*Etudes de chirurgie médullaire*), il ne se trouve aucun cas se rapportant au nôtre. Ceux de Weiss (1890), de Mauley, de Moullin, de Schède et de Werdelet, rapportés par Chipault, présentent, à côté de quelques analogies, des différences importantes.

Récemment Katsaras a rapporté, dans le numéro de mars 1898, du *Progrès médical d'Athènes*, un cas de lésion de la queue de cheval avec troubles unilatéraux; mais il s'agit d'un cas de blessure de guerre (guerre turco-grecque). Les deux cas ne peuvent encore être comparés.

Nous n'oserions affirmer qu'il s'agisse d'un cas unique, mais il est certain qu'il doit être bien exceptionnel et c'est à ce titre que nous avons jugé intéressant de le présenter à la Société de chirurgie.

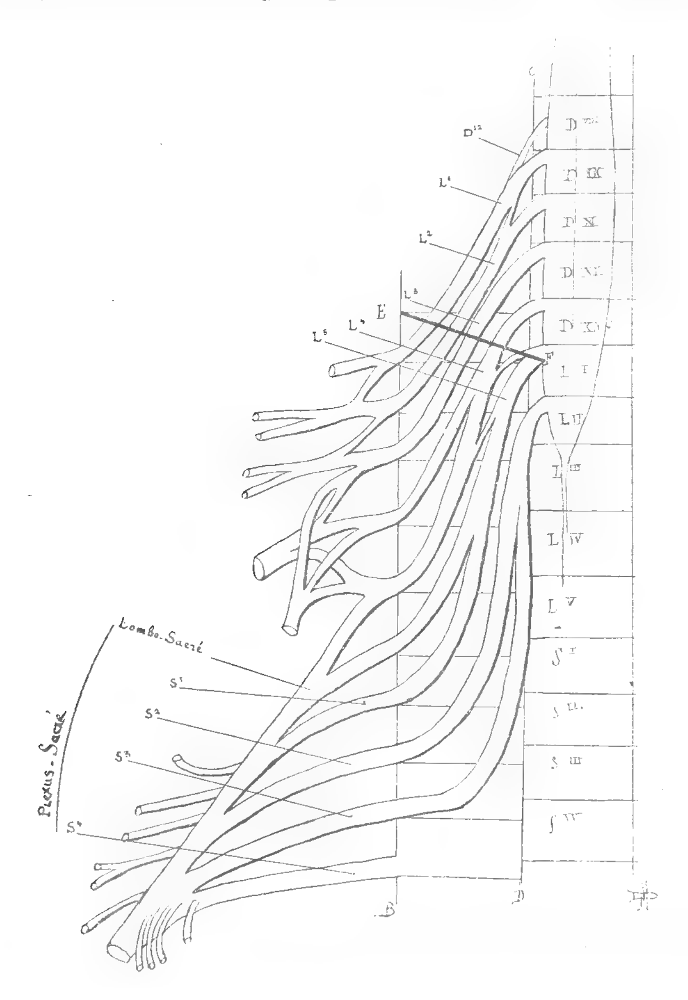
En tout cas, la monoplégie signalée chez notre malade nous semble manifestement liée à une compression limitée aux racines rachidiennes, en dehors de toute action réflexe.

Dans cette hypothèse, pour comprendre l'extension des troubles sensitivo-moteurs à tout le territoire des plexus lombaire et sacré, on doit se rappeler que les racines rachidiennes ont un trajet intra-rachidien d'autant plus long qu'elles naissent plus bas, et l'on peut utilement se reporter aux tableaux de Reid, de Saint-Thomas'Hospital, publiés en 1889 et qui établissent les rapports entre les points d'émergence des paires rachidiennes et les apophyses épineuses du canal vertébral.

Le schéma ci-contre, d'après Reid, met en évidence l'origine réelle et l'origine apparente des derniers nerfs rachidiens.

Nous avons tiré sur ce schéma un trait correspondant à la frac-

ture, trait beaucoup plus oblique que dans la réalité, parce que l'espace qui existe véritablement entre le point d'émergence des nerfs rachidiens et la moelle est très petit, tandis qu'il est rendu très grand dans notre figure, pour la clarté.



On voit donc que la ligne EF a intéressé les racines de D XII, L I, L II, L III, L IV, L V, S I.

Or la physiologie de chacune des racines rachidiennes est aujourd'hui assez exactement connue, grâce à l'étude des paralysies radiculaires et nous pouvons, d'après Thornburn, déterminer les muscles qui sont sous la dépendance des racines que nous venons d'examiner.

On voit, en résumé, que les muscles qui sont intéressés sont tous ceux du membre inférieur.

La paralysie totale du membre se comprend dès lors très facilement.

Grossesse extra-utérine.

M. Paul Reynier. — Je vous présente les pièces qui proviennent d'une femme que j'ai opérée le 25 novembre dernier, dans les circonstances suivantes :

Réglée à l'âge de treize ans, ayant eu toujours ses règles normalement, n'ayant jamais été malade, et n'ayant pas eu d'enfant, trois mois avant son entrée à l'hôpital, elle avait eu une absence de règles ; six semaines après, elle commençait à perdre, et fut prise d'hémorragie. Un médecin fit le diagnostic de fausse couche, et lui dit que c'était une fausse couche de six semaines.

Elle se reposa pendant quelques jours, puis se leva tout en continuant à perdre un peu.

Au mois d'octobre, souffrant du ventre, elle dut s'aliter. Son ventre se ballonna ; elle eut de la fièvre. On lui mit de la glace sur le ventre, et on lui dit qu'elle avait eu un début de péritonite.

Continuant à souffrir, perdant en blanc, elle se décidait à entrer à l'hôpital le 6 novembre dernier.

A son entrée, on constatait au côté gauche une énorme tumeur bombant du côté du vagin. L'utérus était repoussé à droite et en avant.

L'examen au spéculum montrait un col un peu violacé, ulcéré. Par l'orifice s'échappait un écoulement muco-purulent.

La malade était pâle ; sa température était à 38° le soir.

Je fis le diagnostic d'hématocèle ; mais étant donné les renseignements que j'obtenais de la malade, je craignis une hématocèle suppurée.

Aussi je commençai par faire avec une aiguille fine de l'aspirateur Potain la ponction du cul-de-sac postérieur. Je n'aspirai que du sang.

Ayant alors la certitude d'une hématocèle, ou d'une grossesse extra-utérine, et fidèle à mes principes, je laissai la malade se reposer quelques jours, et le 25 novembre je faisais la laparotomie.

Je tombai sur un véritable kyste fœtal à parois épaisses, auquel les intestins étaient très adhérents. Dans ces conditions, je ne crus pas devoir enlever le kyste en entier et, l'ayant ouvert, je

tirai le fœtus que je vous présente (c'est un fœtus de deux mois et demi à trois mois), des débris placentaires et des caillots.

Ayant vidé complètement la poche, constituée, je le répète, par des parois très épaisses, je me contentai d'en fixer l'ouverture au péritoine pariétal et de la drainer.

La malade à l'heure actuelle est sur le point d'être complètement guérie, sa fistule se comblant et étant presque oblitérée.

Si je parle aujourd'hui de cette malade, c'est qu'un fait ici m'a frappé. Je vous ai parlé de grossesses extra-utérines dans lesquelles j'avais été trop heureux de faire la laparotomie à cause de l'hémorragie considérable, dont j'avais pu me rendre maître par la voie abdominale et qui aurait été par la voie vaginale fort difficile à arrêter. Dernièrement encore, M. Routier nous parlait d'un cas du même genre.

Or, ici, j'ai pu ouvrir le kyste fœtal, extraire le fœtus sans mettre aucune ligature et sans voir d'hémorragie se produire. J'aurais abordé par la voie vaginale cette tumeur que j'aurais pu extraire le fœtus sans danger comme on en a rapporté quelques exemples.

Il y a donc des grossesses extra-utérines qui saignent, et d'autres qui ne saignent pas. Ceci tient-il à la mort du fœtus où à des accidents inflammatoires, dont ma malade d'ailleurs présentait des traces manifestes? C'est ce qui me semble probable.

Mais, comme on ne peut pas prévoir ces grossesses qui ne saigneront pas, pas plus qu'on ne peut faire le diagnostic entre une hématocèle habitée et une qui ne l'est pas, le mieux est de se comporter comme si on devait se trouver en présence d'une grossesse extra-utérine saignante, et d'avoir toujours recours à la laparotomie.

Élections pour la Commission des prix.

PRIX DUVAL

MM. Bazy, Guinard, Beurnier.

PRIX DEMARQUAY

MM. Brun, Potherat, Walther.

PRIX GERDY

MM. Hartmann, Ricard, Tuffier.

PRIX LABORIE

MM. Chaput, Monod, Felizet.

M. Pozzi. — Je prierai les membres de la Commission de se réunir le plus tôt possible afin que les prix puissent être proclamés dans la séance solennelle qui aura lieu dans le courant de janvier.

Le Secrétaire annuel,

Ad. Jalaguier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 17 JANVIER 1900

Présidence de M. Pozzi.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. Lejars, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Une lettre de M. Lucien Hahn, notre nouveau bibliothécaire, qui remercie la société de l'honneur qu'elle lui a fait en le nommant.

A l'occasion du procès-verbal.

Fracture de la lame droite de l'axis.

M. Pierre Delbet. — Dans la précédente séance, notre collègue Picqué nous a montré un dessin représentant entre autres choses une fracture d'une seule lame de la 12e vertèbre dorsale. Ces fractures d'une seule lame sont très rares, si rares même que Picqué nous a dit n'en avoir trouvé qu'un seul exemple antérieur au sien. C'est cette extrême rareté qui me décide à vous communiquer un cas que j'ai observé presque au début de mes études médicales en 1884. J'ai conservé dans mes notes l'observation et le dessin que je vous présente.

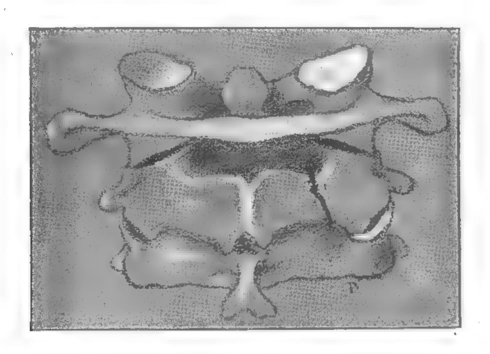
Il s'agissait d'une concierge de cinquante-neuf ans, Marie B., qu

avait fait, le 17 novembre 1884, une chute violente en descendant un escalier. Elle fut apportée à l'hôpital trois jours après. Elle avait une fracture du radius gauche, une fracture du col chirurgical de l'humérus du même côté, et en outre, des douleurs violentes dant la région de la nuque. On avait fait le diagnostic de subluxation latérale de l'atlas et de l'axis. Il n'y avait aucun trouble de la motilité : le diaphragme se contractait bien.

Dans la nuit du 20 au 21, la malade présenta de l'agitation : il fallut mettre des planches à son lit. Le 21, elle tomba dans la torpeur; le pouls battait 110, bien qu'il n'y eût pas d'élévation de température. La respiration était régulière, mais de temps en temps survenaient des efforts de vomissement, efforts infructeux qui semblaient dus à une sorte de convulsion du diaphragme.

Le 22, sans qu'il survînt de nouveaux phénomènes, la malade tomba dans le coma, et succomba le 23 à sept heures du matin.

L'autopsie m'a permis de constater qu'il existait une fracture de la lame droite de l'axis, fracture siégeant, comme on peut le voir sur ce dessin, à l'union de cette lame et de l'apophyse articulaire.



Comme dans le cas de Picqué, le trait de fracture était assez large pour admettre l'extrémité d'une sonde cannelée. Cet écartement, qui est singulièrement difficile à comprendre, entraînait un léger déplacement de l'apophyse articulaire droite sur l'apophyse articulaire correspondante de la 3e vertèbre cervicale.

Le mécanisme de ces fractures est tout à fait obscur ; je ne me charge pas de l'expliquer. J'ai voulu seulement rapprocher du fait de Picqué et consigner dans nos Bulletins ce cas curieux.

Angiome lymphatique.

M. Paul Reynier. — Messieurs, je viens compléter l'observation du jeune enfant que je vous ai présenté l'autre jour et qui est atteint d'un angiome lymphatique, en vous donnant la note très complète que m'a remise M. Decloux, moniteur au Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique, à la Faculté, sur l'examen histologique de cette tumeur.

Cet examen histologique a d'autant plus de valeur qu'il a été contrôlé par M. Brault.

« La pièce que nous avons examinée présente les caractères suivants :

« Elle est constituée par une série de cavités entourées d'une zone conjonctive : elle a un aspect caverneux des plus nets.

« La périphérie en est mal limitée, les travées conjonctives centrales s'amincissent et se résolvent en une série de mailles présentant dans leurs interstices des vésicules graisseuses. Il y a donc continuité absolue entre le tissu fondamental de la tumeur, et le tissu adipeux normal périphérique.

« En quelques points de la tumeur, on reconnaît déjà, à un faible grossissement, des portions colorées d'une façon intense par l'hématoxyline, constituées par des amas de petites cellules. Ce sont, comme nous le démontrerons plus loin, des débris de ganglions.

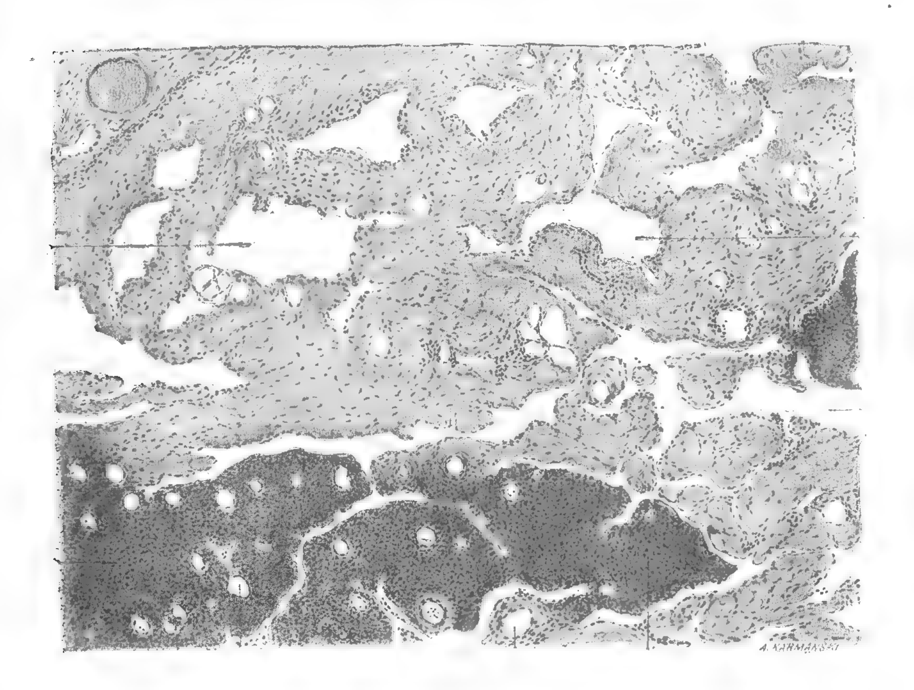
« Nous avons donc trois parties à étudier dans cette tumeur : d'une part, les cavités constituant le système caverneux, d'autre part, le tissu conjonctif formant la trame, et enfin les débris ganglionnaires.

« L'étude du système caverneux montre qu'il existe deux variétés de fentes : les unes, les plus simples comme structure, sont constituées uniquement par une membrane endothéliale dont les noyaux font saillie à l'intérieur de la lumière du tube et par une mince couche fibreuse externe. L'analogie entre ces cavités et les voies lymphatiques est complète.

« En d'autres points, surtout à la partie centrale de la tumeur, l'aspect se modifie. De généralement arrondies qu'elles étaient, les cavités deviennent irrégulièrement allongées, se déforment mutuellement et leur structure se complique. La couche endothéliale persiste, mais entre elle et la couche externe fibreuse s'interposent des fibres musculaires lisses. Ces dernières, réduites en certains points à quelques cellules, forment en d'autres une épaisseur relativement considérable par la juxtaposition de deux à trois

couches de cellules musculaires. La couche conjonctive en ces points s'épaissit à son tour, présente quelques fibres élastiques ainsi qu'une abondance de noyaux, preuve évidente d'une néoformation conjonctive. De nombreux vaisseaux sanguins traversent cette dernière couche.

« Là encore nous retrouvons une analogie complète entre cette structure et celle des vaisseaux lymphatiques.



« Si nous étudions maintenant les points qui, à un faible grossissement, nous avaient paru être des vestiges de ganglions, nous reconnaissons que ces points sont constitués par des petites cavités entourées par des amas de cellules, qui sont des lymphocytes et quelques polynucléaires. En un point d'une de nos nombreuses coupes, il nous a été possible de reconnaître un centre germinatif très net. Il s'agit donc bien là, à n'en pas douter, de vestiges de ganglions, parcourus par des lymphatiques distendus.

« En présence de tous ces caractères, de quelle variété de tumeur s'agit-il? Elle présente certainement des canaux lymphatiques en nombre plus considérable qu'à l'état normal. Est-ce un lymphangiome, ou bien est-ce un adéno-lymphocèle avec dilatation considérable et inflammation chronique des vaisseaux lymphatiques?

Pour résoudre cette question, il faudrait pouvoir affirmer qu'il y avait néoformation de vaisseaux lymphatiques. Rien ne nous autorise à le faire; tandis que la présence de vaisseaux lymphatiques normaux en un point, mais dilatés, coïncidant avec la présence de lymphatiques chroniquement enflammés en d'autres points, laisse plutôt à penser qu'un obstacle que nous ne connaissons pas, a dû provoquer une rétrodilatation lymphatique, s'accompagnant de lésions inflammatoires chroniques de la paroi de ces vaisseaux.

« Nous avons recherché vainement si parfois des lésions tuberculeuses n'auraient pu déterminer, par gêne du coursde la lymphe, cette lymphangiectasie consécutive. »

Je ne partage pas entièrement la manière de voir de M. Decloux et bien que je sache, ce qui me gêne pour la discuter, qu'elle ait reçu, à la Société anatomique où la pièce a été présentée, l'appui de M. Cornil et de M. Brault, je voudrais présenter les réflexions suivantes :

Pour ne pas regarder cette tumeur comme un angiome, ils se basent sur ce qu'on ne peut pas démontrer la néoformation des vaisseaux lymphatiques; mais cette néoformation est toujours difficile à constater, il faudrait en effet trouver des vaisseaux avec des pointes d'accroissement, qu'on ne verrait qu'à la périphérie de la tumeur. Or, cette démonstration, même pour les angiomes artériels et veineux, est très difficile à faire; et bien qu'elle n'ait pas été faite, bien des tumeurs ont été considérées comme angiomes, qui se distinguaient par leurs caractères cliniques et leurs caractères macroscopiques.

D'ailleurs, comme le faisait remarquer Baraban, dans un travail paru dans les *Archives de médecine expérimentale*, 1889, il doit suffire pour qu'on diagnostique un angiome, que le réseau vasculaire qu'il constitue soit tout autre que celui de l'organe ou du tissu, ou de la région où on le trouve. Il y a dans ces cas malformation par excès, c'est ce qui caractérise l'angiome.

Or, il en était ainsi dans ce cas. Je n'avais pas, dans ce que j'ai enlevé, trouvé le caractère d'un adéno-lymphocèle.

Ce que j'ai enlevé était, je le répète, un véritable lacis de vaisseaux lymphatiques, s'étendant dans le fascia cribriformis, dans le pannicule graisseux sous-cutané, très développé et se trouvant au milieu de lobules de graisse.

Certains de ces vaisseaux lymphatiques étaient très visibles à l'œil nu, et, à la partie supérieure, j'ai pu les suivre jusqu'à des ganglions lymphatiques qui me paraissaient normaux comme dimension

Dans ma dissection, je n'ai pas enlevé de masses rappelant les masses de l'adéno-lymphocèle.

Si, dans la préparation, M. Decloux a trouvé en un point, une coupe de ganglions lymphatiques, c'est que sa préparation a porté sur la partie supérieure du fascia cribriformis où se trouvaient en effet quelques petits ganglions.

Rien d'étonnant que dans la coupe de ces ganglions on voie des vaisseaux lymphatiques dilatés; on ne doit pas en être surpris, puisque les vaisseaux lymphatiques, qui y arrivaient, étaient beaucoup plus volumineux qu'à l'état normal.

De plus, je ferai remarquer, que sur le dessin que je vous fais passer, on ne trouve pas cet aspect lacunaire que donne la coupe des adéno-lymphocèles et qui se voit dans tous les traités classiques.

On doit donc tenir beaucoup plus compte de la lésion du réseau lymphatique que de la lésion glandulaire.

Aussi, me rapportant à l'aspect diffus de la lésion, la rapprochant de la description histologique donnée par M. Decloux, je reste toujours disposé à regarder cette tumeur comme une lymphangiectasie, qui, développée spontanément dans le jeune âge, sans qu'on puisse trouver d'autre cause, me paraît d'origine congénitale. On aurait affaire en ce cas, comme je l'ai dit en premier, à un angiome.

Mais, cet angiome doit être classé parmi les lymphangiomes simples décrits par Reichel et distingué des lymphangiomes caverneux, dont M. Monod nous a parlé au Congrès de chirurgie de 1888, dont Baraban a donné une nouvelle observation dans les *Archives de médecine expérimentale*, et qui macroscopiquement se présentaient comme des tumeurs kystiques.

Je reconnais que ce diagnostic évidemment est discutable et que je n'ai pas le droit de l'affirmer, mais étant donné que cette question des lymphangiomes, d'après l'avis des histologistes les plus compétents, est encore à l'étude, j'ai cru intéressant d'insister devant vous sur cette observation.

M. Pierre Delbet. — La question si intéressante du lymphangiome est peut-être plus avancée que M. Reynier ne vient de le dire. La division en lymphangiome simple et en lymphangiome caverneux est, je crois, de Wegner, qui a ajouté encore les lymphangiomes kystiques. Ce n'est point seulement en Allemagne qu'on décrit ces variétés, on les décrit aussi en France; j'en ai fait moi-même une étude assez étendue, en 1896, dans le premier volume du *Traité de chirurgie clinique et opératoire*.

J'ai été surpris en entendant M. Reynier déclarer que M. Cornil mettait en doute l'existence des lymphangiomes. Je ne voudrais pas engager la responsabilité de M. Cornil, mais je me rappelle fort bien avoir présenté à la Société anatomique, il y a six ou sept ans, les pièces d'un lymphangiome du cuir chevelu, sans que M. Cornil, qui présidait la Société, ait soulevé la moindre objection.

En somme, il y a trois variétés de lymphangiomes :

1° Le *lymphangiome simple :* c'est la forme la plus rare, la moins connue. Elle est d'autant plus intéressante qu'elle se rapproche des simples varices lymphatiques par certaines formes de transition que j'ai étudiées dans l'ouvrage auquel je viens de faire allusion. C'est à cette forme que se rattache le fait de M. Reynier, et il présente par là même un haut intérêt;

2° Le *lymphangiome caverneux*, moins rare et dont les exemples sont nombreux;

3° Le *lymphangiome kystique,* dont le type est fourni par les kystes séreux congénitaux du cou.

M. Reynier. — Je n'ai rien à répondre à ce que vient de dire M. Delbet; pourtant, si j'ai insisté ainsi sur ce point, c'est que j'ai eu dernièrement une conversation avec M. Brault qui me faisait remarquer que cette question des lymphangiomes est encore à l'étude.

M. Picqué. — Je remercie M. Delbet d'avoir profité de sa présentation pour donner à la Société la relation d'un nouveau cas, très intéressant, de fracture de la colonne cervicale.

A propos de la présentation de M. Reynier : Il y a quatre ans, une discussion s'est engagée sur le traitement de la grossesse extra-utérine, à l'occasion de mon rapport sur les cas de Potherat,

Tous les membres de la Société, sauf deux, dont M. Reynier, se sont ralliés à la colpotomie.

Depuis, M. Reynier est revenu à plusieurs reprises sur l'avantage de la laparotomie.

Je crois qu'il n'y a pas lieu de reprendre cette discussion, tant que M. Reynier n'aura pas apporté un ensemble de faits susceptibles de faire revenir la Société sur les conclusions qu'elle avait adoptées.

M. Reynier. — M. Picqué réclame une statistique, je répondrai en lui apportant la mienne à la prochaine séance.

Au sujet de la résection temporo-maxillaire pour ankylose osseuse.

M. Chavasse. — Dans la dernière séance, M. Kirmisson vous a présenté une fillette chez laquelle il avait pratiqué, avec un résultat fonctionnel remarquable, la résection de l'articulation temporo-maxillaire du côté droit pour une ankylose osseuse. Je rappellerai qu'en 1896, j'ai eu l'honneur de communiquer à la Société une observation de résection de l'articulation temporo-maxillaire également pour une ankylose osseuse, pratiquée chez un adulte. Comme M. Kirmisson, j'avais employé l'incision en ⅃ attribuée par certains auteurs à Abbe. Si dans la partie verticale de cette incision, il est nécessaire de s'arrêter en profondeur au tissu cellulaire sous-cutané, pour ménager le nerf facial, il n'est pas moins indispensable, en exécutant la partie horizontale, d'éviter la section des rameaux orbiculaires de la branche temporo-faciale. Lorsque j'ai eu à pratiquer mon opération, j'ai procédé à quelques recherches cadavériques, pour m'assurer du meilleur moyen d'éviter ce dernier accident arrivé à quelques chirurgiens. Il m'a paru qu'il suffisait de ne pas donner à l'incision horizontale plus de 4 centimètres et de recourber sa portion terminale en haut vers l'orbite. M. Delbet nous a déclaré qu'il emploie une seule incision transversale légèrement oblique en bas et en avant. Je crois que cette unique incision peut suffire dans certains cas, mais il est à craindre qu'elle n'expose grandement, par sa direction même, à la section des filets nerveux qui vont innerver le muscle orbiculaire.

L'emploi de la scie à chaîne qu'a essayé tout d'abord M. Kirmisson ne semble guère convenir qu'aux exercices d'amphithéâtre. Tous les opérateurs ont dû recourir à la gouge, au ciseau et au maillet pour mener à bien cette résection toujours très laborieuse.

Traitement des kystes hydatiques du foie.

M. Potherat. — Le rapport de notre collègue Delbet, à propos de la communication de M. Thomas Jonnesco (de Bukarest), a remis sur le tapis la question si intéressante du traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie.

Quand, en 1889, sous l'inspiration de mon maître M. Segond, je publiai ma thèse inaugurale sur ce sujet, je soutins que le traitement de choix de ces kystes était la laparotomie, avec ouverture large du kyste après fixation à la paroi.

Cette méthode de la marsupialisation réalisait un tel progrès

sur les méthodes usitées antérieurement, qu'elle ne tarda pas à être presque universellement adoptée, et qu'elle est encore en faveur auprès d'un très grand nombre de chirurgiens. Il est de fait, qu'on ne compte plus aujourd'hui les succès à son actif, et qu'on considère comme d'une parfaite banalité et d'une complète inutilité de les publier.

Néanmoins M. Delbet propose de lui substituer une autre méthode : celle de la réduction complète, avec ou sans capitonnage, mais sans drainage, après, bien entendu, l'évacuation totale et du contenu liquide ou vésiculaire et de la membrane germinative. Et il apporte à l'appui de sa proposition des faits déjà nombreux, puisqu'ils sont au nombre de 21, parmi lesquels 7 lui sont personnels, faits qui démontrent la valeur péremptoire de la méthode, puisque les 21 interventions ont été suivies de 21 succès, complets, rapides, sans incidents. Aussi notre collègue est-il plein d'enthousiasme et conclut-il, que désormais, *dans les kystes non suppurés*, toute autre méthode doit disparaître sans discussion, devant la méthode de réduction après suture de la membrane adventice. Sur quoi il fait le procès de la marsupialisation et la condamne à l'éternel bannissement. Il rappelle qu'avec la marsupialisation la guérison est lente, qu'elle est suivie de pertes de bile capables de compromettre gravement la santé des sujets, qu'elle donne lieu souvent à des fistules intarissables nécessitant des opérations secondaires répétées et pénibles, parfois même définitivement incurables.

Ces critiques contiennent une bonne part de vérité, mais elles sont trop absolues; elles sont excessives. S'il est vrai que la guérison, après marsupialisation, était très lente au début de la méthode, cela n'est plus aussi exact aujourd'hui. Il y a quinze ans, l'asepsie chirurgicale n'existait pas, et quelque soin qu'on apportât à l'opération et aux lavages, il était bien rare qu'un kyste marsupialisé ne suppurât pas au bout de huit jours. Aujourd'hui, quelque temps que dure le drainage, nous pouvons éviter l'infection de la poche. En outre, l'incision du kyste était plus timide, plus étroite jadis; elle est aujourd'hui plus large, et l'on s'efforce d'obtenir dès l'ouverture l'évacuation du contenu.

Pour ces diverses raisons, la guérison est plus rapide, et j'ai des faits de kystes très volumineux (de 4 à 6 litres) complètement guéris en moins de trois semaines, ou en trois semaines au plus. En même temps qu'il y a une évacuation, plus rapide, plus complète, il y a aussi des cholerragies beaucoup plus rares, et des fistulisations bien plus exceptionnelles. En effet, tandis que, dans ma thèse, il y dix ans, j'ai pu réunir plusieurs cas de cholerragie, je n'ai observé qu'un seul cas, sur six kystes que j'ai moi-même

opérés. Dans ce cas aussi, et dans ce cas seulement, j'ai observé une fistule persistante ; elle était entretenue par une ouverture secondaire de l'intestin.

Mais il est, à ce propos, une remarque qu'il convient encore de faire, en lisant les observations que j'ai publiées, c'est que ce sont surtout les kystes suppurés, les kystes ouverts dans les bronches, ceux ouverts dans une cavité naturelle qui donnèrent lieu surtout aux fistules persistantes. Ces kystes compliqués, fréquents à l'époque où l'on n'avait à sa disposition que des méthodes défectueuses et ou l'on retardait le plus possible l'intervention, où on la faisait précéder de ponctions répétées et rarement aseptiques, d'injections irritantes, d'applications de caustiques, etc., sont devenus beaucoup plus rares aujourd'hui et nous expliquent que les succès obtenus par la marsupialisation aient été en ces derniers temps et plus rapides et plus brillants.

Remarquons, enfin, que ce sont les kystes de la face inférieure, et ceux de la partie antérieure de la face supérieure qui donnent à la marsupialisation le plus beaux résultats et aussi les guérisons les plus rapides et les plus simples. Or, c'est avec ces kystes que MM. Delbet, Jonnesco et les autres ont obtenu leurs succès. Ils ne se sont pas encore attaqués aux kystes adhérents aux organes voisins, aux kystes suppurés, qu'ils laissent volontairement à la marsupialisation, ni à ceux de la partie postérieure de la face supérieure du foie.

Qu'est-ce à dire? Allez-vous conclure de cet exposé que je m'élève contre la méthode nouvelle proposée par notre collègue, mon ami Delbet, et que je vais contester la valeur et les mérites de cette méthode? Loin de moi cette pensée. Quels arguments pourrait-on opposer à des faits précis, indiscutables? J'ai pensé et je pense que M. Delbet a fortement exagéré les inconvénients de la marsupialisation, qu'il ne lui a pas rendu suffisamment justice ; qu'en raison des succès qu'elle a fournis jusqu'ici, en raison de son adaptation à tous les kystes suppurés ou non, inférieurs ou supérieurs antérieurs ou postérieurs, abdominaux ou intrathoraciques elle méritait d'être conservée autrement qu'à titre historique, qu'elle trouverait encore souvent d'heureuses applications. Rien de plus, rien de moins ; mais il n'est pas douteux, que dût la marsupialisation amener la guérison en quelques semaines et sans incident d'un kyste hydatique du foie, si ce même kyste peut être guéri par l'évacuation, la suture sans drainage et la fermeture complète et immédiate de l'abdomen, ce dernier mode constitue une supériorité, et réalise un progrès chirurgical ; et pour mon compte personnel, je le déclare volontiers, j'y aurai recours à la première occasion.

J'y suis d'autant mieux disposé que, indépendamment des arguments de fait que nous a présentés notre collègue Delbet, et dont nous avons tous apprécié la valeur, j'avais déjà remarqué, il y a dix ans, que certains kystes, même très vastes, guérissaient très vite par marsupialisation, alors même qu'aucune résection de la vaste poche n'avait été faite; que cette guérison ne pouvait pas s'être effectuée par une cicatrisation du fond à la surface, mais qu'elle ne pouvait s'être réalisée que par un accolement rapide des parois. J'avais observé aussi deux kystes du parenchyme pulmonaire évacués par vomiques, sans suppuration, et guéris en quelques jours sans presque laisser de traces. Ces faits, qui m'avaient paru exceptionnels, sont tout naturels avec la démonstration chirurgicale que la poche adventice ne sécrète pas après l'évacuation de la membrane germinative, démonstration que nous a faite Delbet.

Notre collègue s'est élevé très vigoureusement aussi contre une autre méthode de traitement des kystes hydatiques du foie, à laquelle j'avais fait dans ma thèse une place à part, et qui a été préconisée beaucoup en ces dernières années. C'est la méthode des injections parasiticides modernes (procédé de Baccelli, procédé de Debove, procédé d'Hanot). Cette méthode nécessite la ponction du kyste. Or, la ponction est aveugle, par suite dangereuse, infiniment plus dangereuse que la laparotomie, dit M. Delbet, donc la laparotomie doit lui être préférée. C'est exactement le langage que je tenais il y a dix ans, en comparant la ponction à l'incision de l'abdomen, sous l'inspiration de ce que j'avais vu auprès de mes maîtres, et aussi avec l'entrain des jeunes années. Mais depuis, je serais plus disposé à mettre une certaine réserve à l'ostracisme de jadis. Sans doute, j'estime encore qu'une ponction faite septiquement sera dangereuse; mais il est facile d'être aseptique même dans une ponction. On peut blesser l'intestin? Peut-être, si l'on se trouve en présence d'un cas douteux, d'un foie modérément développé, d'une recherche bien plus que d'une vérification. Mais en sera-t-il ainsi lorsque le kyste est en contact avec la paroi abdominale, quand il bombe, quand il est évident? Dans ces conditions, tout le monde m'accordera qu'une ponction aseptique sera absolument innocente, que cette ponction soit faite avec un trocart de Potain, une aiguille de Dieulafoy (Debove) ou même la fine aiguille de Pravaz (Baccelli). Combien plus simple est cette intervention qui se fait seule, sans aide, sans anesthésie, sans instrumentation, qui est praticable partout où l'on peut laver un ventre et aseptiser une aiguille, dont le plus grand inconvénient pourra être de ne pas provoquer la guérison du kyste, auquel cas il sera toujours temps de recourir à la large ouverture

avec suture complète après évacuation. Mais cet inconvénient pourra à l'occasion faire place à une réalité toute autre, à la guérison.

Ici aussi il y a des faits ; mon collègue et ami Delbet se rappelle au moins l'un de ces faits, un des plus beaux d'ailleurs, dont il a été comme moi témoin à la salle Gosselin en 1888, dans le service de notre regretté maître Trélat, à la Charité. Le kyste était très volumineux, il a été guéri par une ponction suivie de l'injection de 100 grammes de liqueur de van Swieten; il y eut quelques accidents sans importance d'ailleurs, la malade n'en fut pas moins guérie très simplement. Ce fait est loin d'être unique. J'ai ouï dire qu'un malade marsupialisé et guéri d'un premier kyste hydatique du foie, avait guéri par simple injection parasiticide d'un deuxième kyste. Or, je crois que malgré le progrès réalisé par la méthode nouvelle, ce malade préférerait encore la ponction à la laparotomie la plus habilement faite.

De sorte que, de même que je pense que la marsupialisation mérite d'être conservée, au moins à titre exceptionnel, si l'on veut, de même il est des cas où la ponction et l'injection parasiticide devront être essayées tout d'abord.

Je voudrais, en terminant, et à propos de la communication de M. Quénu, dans la dernière séance, sur le sujet qui nous occupe, rappeler que l'explication des abondantes cholerragies et des hémorragies qu'on observe parfois après l'ouverture des kystes hydatiques du foie a été fournie par mon maître, M. Segond, à l'occasion de deux cas de sa pratique où il a pu faire procéder à un examen microscopique de la paroi adventice du kyste. Cet examen a montré qu'il se fait dans cette paroi des dilatations des canalicules biliaires, et des vaisseaux sanguins, que la paroi au niveau de ces dilatations ampullaires peut devenir extrêmement mince, qu'elle peut se rompre très exceptionnellement dans le kyste non ouvert, mais que le plus souvent, c'est après l'ouverture de celui-ci, après l'évacuation de la membrane germinative, lorsqu'enfin disparaît la pression excentrique du kyste que cette rupture se produit. Aussi s'explique-t-on que l'hémorragie ou la cholerragie ne se produise que quelques jours après l'ouverture du kyste. Il n'est pas douteux, par conséquent, que la méthode dont Delbet s'est fait le défenseur, en provoquant un accolement immédiat des parois adventices est de nature à éviter cette rupture des dilatations ampullaires, et, par suite, met à l'abri de l'écoulement du sang ou de la bile.

A propos du traitement des kystes hydatiques.

M. Bazy. — Quand M. Delbet nous a fait sa communication sur le traitement des kystes hydatiques par le capitonnage, j'ai été séduit par ce mode de traitement, qui cadrait beaucoup avec mes habitudes datant déjà de treize ans sur la suppression du drainage dans toute plaie non infectée.

Je n'ai élevé qu'une objection, à savoir l'impossibilité de le faire dans les cas de grands kystes thoraco-abdominaux empêchant l'accolement exact des parois. M. Delbet a levé ces objections d'une part en nous disant qu'il n'était pas nécessaire de faire un accolement parfait comme je le comprenais, et comme il me paraît indispensable de le faire dans les autres plaies aseptiques, telles que amputation des membres, amputation du sein et curage de l'aisselle, d'autre part, en nous citant un fait de grand kyste thoraco-abdominal qu'il avait opéré par son procédé et qu'il avait très rapidement guéri, acquérant ainsi une expérience qu'il n'avait pas, quand je lui ai fait l'objection.

Me voilà donc définitivement satisfait.

Restent les objections qu'on peut faire à son procédé, à savoir les épanchements, les exsudations de bile qui peuvent se produire et les infections secondaires indépendantes de l'opérateur.

Notre collègue Quénu en a cité plusieurs cas : je pourrai en citer un autre. Il s'agit d'un malade que j'avais fait entrer dans le service de M. Le Dentu au commencement de l'année 1890, pour un kyste hydatique profond de la région lombaire ou mieux de la région rénale gauche.

Je décidai de faire une ponction, et la région à opérer fut aseptisée comme pour une grande opération : le trocart était aseptique, moi-même m'étais aseptisé de la même manière.

La ponction m'ayant montré qu'il s'agissait d'un kyste hydatique, je décidai de faire, séance tenante, une injection de sublimé. J'en injectai 40 grammes qui restèrent dans la poche.

Or, deux jours après, le malade eut une élévation de température de près de 40 degrés avec chute le lendemain. Nous étions tous convaincus qu'il s'était agi d'une attaque de grippe avortée, les précautions pré-opératoires et autres nous ayant paru plus que suffisantes pour éloigner l'idée d'une infection opératoire.

Cependant la tumeur persistant, je dus l'ouvrir et, à mon grand étonnement, il sortit du pus. Le malade est parfaitement guéri.

L'an dernier, il est venu me revoir à l'hôpital Saint-Louis, porteur d'une tumeur très volumineuse dans la région du flanc gauche, c'est-à-dire dans une région voisine de l'ancienne, allant

de l'hypocondre gauche à la fosse iliaque et de la ligne médiane au flanc. Je décidai de le traiter par le procédé de Bobroff et le lavai seulement à l'eau stérilisée chlorurée. Or ce malade a suppuré. Il a guéri néanmoins complètement.

Ce fait semblerait indiquer une prédisposition particulière de ce malade à la suppuration : il serait singulier, qu'une faute de technique opératoire se fût produite juste sur le même sujet, alors qu'elle ne se produit pas chez mes autres opérés.

Dans tous les cas, il prouverait l'innocuité de la suppuration dans ces cas, ainsi que M. Delbet le supposait *a priori*.

Je n'oserais pas laisser sans la fermer, une petite poche dans l'abdomen : je craindrais, malgré les précautions prises pour le nettoyage de la cavité, que des inoculations, des greffes ne vinssent reproduire de nouveaux kystes ; — l'avenir décidera.

Dans tous les cas, je proscris, avec ou sans marsupialisation, tout grattage de la poche, l'anatomie pathologique nous ayant appris depuis très longtemps qu'ils sont inutiles et dangereux.

Rapports.

Double kyste hydatique du foie traité par le procédé de M. Delbet, par M. Bouglé.

Rapport par M. BRUN.

Messieurs, vous m'avez chargé de vous faire un rapport sur une observation de notre collègue M. Bouglé, relative à un double kyste hydatique du foie traité par le procédé de M. Delbet. Une discussion sur ce sujet ayant lieu actuellement, je me borne à verser au débat l'observation de M. Bouglé, qui vient à l'appui des conclusions formulées par M. Delbet à l'une de nos dernières séances.

Il s'agit d'un garçon de quatorze ans, Justin E..., opéré le 3 septembre 1898 avec l'aide de mon ami A. Bernard, interne des hôpitaux, dans le service de M. le Dr Brun, à l'hôpital des Enfants-Malades.

Le malade s'était aperçu deux ou trois mois auparavant de l'existence d'une tuméfaction siégeant à la partie antéro-supérieure de la paroi abdominale. Il avait alors consulté et on avait porté le diagnostic de hernie épigastrique.

Je l'examine à mon tour le 22 août et je constate, en dehors et à droite de la ligne médiane, immédiatement au-dessous du rebord des fausses côtes droites, une tumeur arrondie, à surface lisse, du volume d'une mandarine, de consistance rénitente, élastique et dont la percussion donne un son mat. L'exploration permet de reconnaître que

cette tumeur, irréductible, est indépendante de la paroi, mobile dans les mouvements respiratoires et en continuité absolue avec le foie, dont elle n'est séparée par aucune zone sonore. Pas de frémissement hydatique. Indolence complète. L'état général est excellent; les urines sont normales.

Le diagnostic s'impose, il s'agit évidemment d'un kyste hydatique saillant à la face convexe du foie. Ce kyste étant vraisemblablement aseptique, je me propose de le traiter par le procédé de M. Delbet.

Intervention sous chloroforme le 3 septembre. J'incise la paroi abdominale à droite de la ligne médiane, sur la partie la plus saillante de la tumeur, de façon à me placer dans les meilleures conditions pour pratiquer le capitonnage. Je tombe d'emblée sur le kyste absolument libre d'adhérences. Après l'avoir isolé de la cavité péritonéale à l'aide de compresses aseptiques, je le ponctionne et retire environ 150 grammes d'un liquide clair, eau de roche. La poche, dont la paroi est mince, est saisie avec deux pinces et attirée au voisinage de la plaie abdominale. J'incise largement la paroi et la vésicule mère est extirpée en totalité avec la plus grande facilité. Il n'existe pas de vésicules filles. Après avoir bien asséché les parois de la membrane adventice, je me mets en devoir de pratiquer le capitonnage en me servant, suivant le conseil de M. Delbet, de l'aiguille à pédale coudée et courbe, et d'un gros catgut. A la première piqûre sur la paroi gauche de la poche apparaît un jet de liquide limpide. L'aiguille avait pénétré dans un deuxième kyste, non reconnu cliniquement, et séparé du précédent par une assez mince cloison.

J'incise cette cloison et je constate qu'elle limite un kyste beaucoup plus volumineux que le premier, occupant tout le lobe gauche du foie, ce dernier étant réduit à une coque de 1 à 2 centimètres d'épaisseur, suivant les points. J'évacue avec des compresses stérilisées le contenu de ce deuxième kyste purement liquide, sans vésicules filles, et je retire la vésicule mère avec la même facilité que celle du premier kyste.

Je fais sur la cloison une deuxième incision perpendiculaire à la première, de façon à la relever en quatre lambeaux que je fixe par des catguts à la membrane adventice de la première poche, transformant ainsi ce double kyste en une poche unique.

Pour pratiquer convenablement le capitonnage de la poche du lobe gauche, je suis forcé de me donner du jour en faisant à la paroi abdominale une incision transversale, perpendiculaire à la première, longue de 6 centimètres. Je fais de même, partant de la première incision, une section transversale sur le lobe gauche du foie de façon à bien exposer la poche du deuxième kyste. Je traverse ainsi une épaisseur de tissu hépatique de 1 centimètre environ.

Le capitonnage de la poche désormais unique, est fait selon la méthode de M. Delbet, au catgut fort à l'aide de quatre points en U. Bien que je sois forcé de travailler à une certaine profondeur, ce temps opératoire est facilité par la minceur du parenchyme hépatique limitant la poche du lobe gauche qui en rend le plissement très aisé.

L'accolement n'est pas parfait; la cavité kystique est effacée, mais il reste des fissures entre les parois froncées. M. Delbet nous a appris que cette imperfection n'entrave nullement la réparation.

Le parenchyme hépatique est ensuite suturé à la surface par des points séparés au catgut, modérément serrés. Quelques applications légères du thermo-cautère, maintenu au rouge sombre, suffisent pour arrêter le faible suintement sanguin provenant du point de pénétration des fils et de la surface de section du foie entre les points de suture.

La paroi abdominale est refermée par une suture en surjet à trois étages au catgut. Suture de la peau aux crins de Florence.

L'opération a duré une heure et quart.

Les suites opératoires sont bonnes; l'état général excellent. Cependant, le sixième jour, la température monte le soir à 38°1, retombe le lendemain matin à 37°4, pour remonter le soir à 38°3. On défait le pansement et on constate un peu de rougeur de la plaie transversale et un petit hématome suppuré à l'intersection des deux plaies. Les crins sont enlevés; il y a désunion de la plaie transversale, qui se cicatrise secondairement. Les plans profonds sont intacts. La température retombe progressivement à la normale. Trois semaines après, la cicatrisation est complète.

Le 8 novembre, c'est-à-dire deux mois apres l'opération, le malade est revu. La cicatrice est bonne, il n'y a aucune menace d'éventration. La suppuration superficielle n'a eu heureusement aucun retentissement fâcheux ni sur les plans profonds de la paroi, ni sur les sutures du foie.

Cette nouvelle observation vient à l'appui de l'opinion de M. Delbet, à savoir : l'efficacité et la bénignité de son opération, même dans les cas en apparence un peu complexes.

Deux observations de gangrène herniaire, traitées, l'une par la résection intestinale, l'autre par l'anus contre nature, et restauration consécutive de l'intestin. Guérison, par le Dr Buffet (d'Elbeuf).

Rapport par M. PAUL REYNIER.

Vous m'avez donné un rapport à faire sur deux observations que nous a présentées le Dr Buffet (d'Elbeuf). Ces observations se rapportent à deux cas de gangrène herniaire qui ont été traités l'un par la résection intestinale, l'autre par l'anus contre nature.

Dans la première observation, il s'agissait d'une dame de quarante-quatre ans, maraîchère robuste, qui depuis trois jours était atteinte d'un étranglement herniaire. Cette dame portait depuis deux ans et demi une hernie crurale droite qu'elle maintenait tant bien que mal avec un bandage. Le 28 mars 1896, elle sentit la hernie grossir et il lui fut impossible de la réduire ; en même temps,

elle était prise de tous les symptômes d'occlusion intestinale : nausées, vomissements, hoquet.

Un médecin, appelé le lendemain, tenta la réduction par le taxis, mais inutilement. Il réitéra ses manœuvres le lendemain sans plus de résultat, perdant ainsi un temps précieux.

M. Buffet ne fut appelé que le 3e jour, 70 heures après le début de l'étranglement. Il trouva la malade très agitée, le facies profondément altéré, pouls à 134, température à 36 degrés, chaleur cependant bien conservée aux extrémités.

La hernie était de la grosseur d'un œuf de poule. L'impulsion à la toux était nulle, la palpation très douloureuse. Il se décida à l'opérer avec l'assistance des Drs Kühn et Bontroux..

Après avoir fait une incision transversale de 7 centimètres, il arriva sur le sac qui, ouvert, laissa écouler deux cuillerées à soupe de liquide brunâtre de mauvaise odeur. L'intestin étranglé était noir, flétri. En passant les compresses dessus, la séreuse adhérait au linge. Il incisa l'anneau et attira une nouvelle portion d'intestin qu'il étala sur un lit de compresses aseptiques. Il s'agissait d'une anse d'intestin grêle, serré au point d'être réduit, au niveau de la constriction, à une lamelle de parchemin. Ayant suspendu le cours des matières par l'application d'un drain noué au-dessus et au-dessous de l'intestin de la partie herniée, en passant au travers du mésentère, il sectionna l'intestin sur une longueur de 9 centimètres et en même temps enleva le V renversé du mésentère correspondant.

Les vaisseaux du mésentère furent liés au catgut et les lèvres en furent rapprochées avec de la soie fine passée avec une aiguille de couturière.

Il réunit les deux bouts de l'intestin sectionné par deux plans de suture séro-séreuse au moyen d'un surjet arrêté et l'intestin fut réintégré dans l'abdomen après lavage minutieux. Par précaution, cet intestin fut tenu rapproché de la plaie par une anse de fil passée à travers le mésentère et ressortant en dehors, où il fut fixé par du collodion salolé.

Cette précaution fut très favorable à la malade, car le 3e jour elle perdit une petite quantité de liquide par la plaie sans en éprouver un retentissement général.

Le sac disséqué presque au-dessus de l'anneau fut lié et réséqué, puis la peau suturée au crin de Florence dans toute l'étendue de la plaie, ne laissant passer que l'anse de fil qui servait de drain.

Bandage compressif.

Les suites furent des plus heureuses. Le pouls, le soir, était à 100, la température était remontée à 36°8.

L'opium fut administré toutes les deux heures en pilules de 2 centigrammes.

Le lendemain, 2 avril, la malade rendait des gaz par l'anus. Le pouls était relevé, le facies était meilleur, les douleurs étaient presque totalement disparues, bien que le ventre restât un peu ballonné.

Le 3 avril, c'est-à-dire trois jours après l'opération, la malade avait deux selles. Le pouls était à 78. La température à 37°. Le 4 avril se faisait issue la petite quantité de liquide dont nous avons parlé plus haut.

Le 8, la suture avait pris sur toute la longueur; plus d'écoulement; les fils furent enlevés et la malade se levait le 18e jour avec une belle cicatrice.

Le second fait se rapporte à une femme qu'il opérait au mois de novembre 1897, à l'hôpital d'Elbeuf.

Il s'agissait d'une femme âgée de soixante-trois ans, atteinte depuis cinq ans d'une hernie inguinale gauche; elle ne portait pas de bandage. Elle fut prise d'étranglement et resta six jours vomissant, sans aucun soin, et ce n'est que le 6e jour qu'elle fut amenée à l'hôpital dans un état lamentable : facies grippé, extrémités froides, pouls filiforme, nez pincé, ballonnement considérable du ventre et vomissements incessants. Au niveau de la hernie existait un phlegmon étendu de la paroi; la tumeur avait la grosseur d'une orange et la pression donnait lieu à un bruit de gargouillement de mauvaise augure.

M. Buffet, considérant le cas comme désespéré, se contenta de faire une incision et d'agrandir au thermocautère une ouverture déjà existante à l'intestin. Par cette ouverture s'échappaient du pus, des gaz fétides, du liquide intestinal. Et après nettoyage par un jet d'eau phéniquée faible, il couvrit le tout d'un pansement humide antiseptique.

Contre son espérance, la malade se rétablit et l'anus contre nature s'établit d'une façon définitive.

Vers le 15e jour, les parties mortifiées s'étaient éliminées et l'état de la malade était très amélioré.

Le 6 décembre, un mois après sa première intervention, M. Buffet essaya de fermer cet anus. Il fit deux applications d'entérotome. A la suite de ces applications, les matières commencèrent à passer par le bout inférieur, mais l'anus n'en persistait pas moins et laissait s'échapper des matières fécales. Le 29 janvier, M. Buffet faisait une nouvelle opération pour essayer de fermer ces fistules. La région ayant été soigneusement lavée, la malade endormie, il pratiqua une incision circulaire au point de réunion de la muqueuse

et de la peau et détacha, non sans difficultés, l'intestin de ses adhérences pour pouvoir l'attirer en dehors. L'ouverture fut fermée par deux rangées de suture fibro-séreuse, l'organe étant recouvert d'un tissu conjonctif assez adhérent et résistant, après toutefois s'être assuré que la lumière procurée par les applications d'entérotome était suffisante. Ayant pris toutes les précautions pour empêcher l'infection du péritoine, il repoussa dans l'abdomen l'anse intestinale suturée et la paroi fut reconstituée par deux plans de catgut et au fil d'argent.

La guérison s'effectua sans encombre, le cours des matières se rétablit complètement et la malade n'éprouva aucun malaise des suites de son opération.

Dès le 3e jour, elle pouvait prendre du lait, du bouillon et le 5e jour on lui accordait un œuf. Elle sortait de l'hôpital trois semaines après sa dernière opération et reprenait son métier de femme de journée.

Telle est l'observation de M. Buffet qui nous montre. ainsi qu'il le fait remarquer lui-même, qu'en présence des accidents de gangrène de l'intestin dans les cas de hernie étranglée, on ne saurait avoir de règle absolue, et que le chirurgien doit régler sa conduite sur l'état général de la malade et les lésions qu'il trouve.

Je crois que c'est là d'ailleurs l'opinion générale, et je ne voudrais pas, à propos de cette observation, ouvrir une discussion sur la valeur plus ou moins considérable de l'entérorraphie immédiate après résection du bout gangrené, ou l'excision de l'anse gangrenée avec anus contre nature pratiqué immédiatement.

Cette question a été très discutée devant vous dans un long rapport, que vous a présenté M. Chaput en 1896 à propos de deux observations de M. Martinet.

Dans bien des congrès de chirurgie elle a été également soulevée. Si nous avons vu le nombre des partisans de la résection immédiate et de l'entérorraphie augmenter chaque jour, même ceux qui défendaient cette opération avec le plus d'acharnement, reconnaissent qu'il est des cas où l'anus contre nature est la seule opération qu'on ait le droit de faire.

Si en effet l'entérorraphie immédiate est l'opération de choix lorsque les malades ont une certaine résistance, lorsqu'il n'existe pas de lésions inflammatoires considérables, de phlegmon stercoral, comme le disait M. Monprofit au congrès de chirurgie de 1898, il est des cas où cette entérorraphie ne peut être faite, quand les malades sont épuisés, dans le collapsus.

Dans ces cas, plus l'opération sera courte, plus elle aura de

chances de succès et on aura alors recours à l'anus contre nature.

M. Buffet aurait pu ajouter que nous avons encore, quand l'étendue de la lésion n'est pas trop considérable, dans l'enfouissement préconisé par notre collègue Guinard, une ressource utilisable dans un certain nombre de cas.

Mais je le répète, toutes ces idées sont, à l'heure actuelle, acceptées par tous et je ne veux pas en discuter plus longtemps. Je vous propose d'adresser nos remerciements à M. Buffet pour ses deux intéressantes observations, et de vous souvenir des présentations nombreuses qu'il nous a faites, quand il s'agira de discuter ses titres pour la place de membre correspondant.

Présentation de malades.

Abcès du foie d'origine appendiculaire. Incision. Guérison.

M. Loison. — Le malade que j'ai l'honneur de présenter a une histoire qui offre, je crois, quelque intérêt au point de vue de l'étude des complications appendiculaires.

Voici son observation résumée :

F..., vingt-trois ans, soldat au 87e de ligne, est de constitution moyenne et ne présente rien de spécial à noter dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

Le 3 *octobre* 1899, au soir, il ressent une douleur subite et violente dans le côté droit de l'abdomen et a des vomissements. C'est le début d'une appendicite qui continue à évoluer pendant les jours suivants et donne lieu à une péritonite suppurée localisée, pour laquelle le malade entre à l'hôpital du Val-de-Grâce, le 10 octobre, dans le service de M. le médecin principal Nimier, que nous suppléons à ce moment.

11 *octobre*. — Sous le chloroforme, je pratique l'incision oblique de Roux et j'évacue une grande quantité de pus à odeur fécaloïde. Je renonce à la résection de l'appendice, ne le trouvant pas facilement dans l'exploration que je fais du foyer. Je rétrécis par des sutures les extrémités de l'incision, faisant sortir par son centre deux drains en caoutchouc entourés de gaze iodoformée.

Le traitement ordinaire est institué et, pendant les jours suivants, rien ne se produit, si ce n'est l'apparition d'un ictère assez intense et l'écoulement de matières fécales dans le pansement, indiquant l'existence d'une perforation appendiculaire.

17 *octobre*. — Dans l'après-midi, le malade a un frisson qui dure une heure environ; la température monte à 39 degrés et dans la soirée une transpiration abondante se produit.

Dans la suite, fièvre et frisson ne se reproduisnt pas, mais l'état général laisse à désirer.

20 *octobre*. — Par le toucher rectal, je constate que le cul-de-sac de Douglas, fortement proéminent, est rempli par une collection liquide. Immédiatement je cherche à donner issue au pus avec le doigt introduit par l'incision inguino-abdominale et se dirigeant vers le petit bassin; je ne puis y arriver. Sous la cocaïne, je pratique alors une incision verticale et médiane au-dessus du pubis, et cheminant au milieu de plans épaissis et infiltrés, je puis facilement, en passant entre les anses intestinales repoussées en haut et la vessie refoulée en bas, effondrer une poche de laquelle sort environ un litre de pus à odeur fécaloïde. Le doigt explore une vaste cavité limitée en haut par les anses intestinales agglutinées, formant dôme, en bas et en avant par la vessie. Deux gros drains sont plongés jusqu'au fond du cul-de-sac de Douglas. Dans ce nouveau foyer, l'appendice n'a été ni vu ni senti. Cette cavité se comble progressivement et l'état du malade semble s'améliorer.

A la fin de novembre, alors que les deux plaies d'incision abdominale sont complètement cicatrisées, le malade accuse des douleurs dans le côté droit de la poitrine. A l'examen, on ne constate pas de matité appréciable et l'auscultation révèle simplement l'existence de quelques râles et d'un souffle dans une zone assez limitée à la base droite. Ces symptômes varient du jour au lendemain.

La radioscopie, pratiquée le 30 novembre, me montre l'existence d'une voussure assez forte de la moitié droite du diaphragme, qui se trouve presque complètement immobilisé pendant la respiration. Le poumon et la plèvre semblent intacts. Les jours suivants, le malade se trouve mieux et nous demande de surseoir à toute intervention; nous nous contentons de lui faire des badigeonnages iodés.

6 *décembre*. — Hier, le malade a éprouvé des douleurs assez vives dans le côté droit et a dû se coucher. En l'examinant ce matin, je remarque au niveau de la partie postérieure de l'hypocondre droit une tuméfaction occupant une surface de 10 centimètres de long sur 6 à 7 de haut. La peau n'est pas rouge, mais présente des veinosités assez abondantes. La fluctuation, nette, indique l'existence d'une collection sous-cutanée communiquant probablement avec la profondeur par un espace intercostal. Je fais une incision de 10 centimètres parallèlement à la dixième côte que je trouve dénudée sur une certaine étendue et dont je résèque 4 centimètres. Après l'issue d'une grande quantité de pus verdâtre, le doigt explore une poche intra-hépatique du volume d'un œuf de poule présentant une paroi irrégulière creusée de petits diverticules. Deux drains en caoutchouc sont placés dans la cavité de l'abcès.

10 *janvier*. — La plaie thoracique est complètement épidermisée. Le malade va bien et ne se plaint plus de rien.

17 *janvier* 1900. — État général excellent.

L'intérêt de cette observation réside dans la production de la complication hépatique. Le développement en fut insidieux et,

avant l'emploi de la radioscopie qui nous a déjà aidé pareillement pour le diagnostic de plusieurs cas d'abcès du foie d'origine coloniale, nous pensions à l'existence d'une lésion pleurale.

Le pus est venu lui-même sous la peau solliciter l'action du bistouri et une guérison complète a suivi cette troisième intervention opératoire.

Si nous consultons la thèse de Berthelin (Paris, 1895), nous voyons que les abcès du foie d'origine appendiculaire ne sont pas très fréquents, et que les trente observations qu'il rapporte sont des cas d'autopsie.

Nous n'avons trouvé dans la littérature qu'un seul cas d'hépatite suppurée d'origine appendiculaire, dans lequel l'intervention ait été suivie de guérison; il s'agit d'un malade de Fraenkel opéré par Kœrte (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1892, p. 794).

Dans ce cas, comme dans le nôtre, il s'agissait d'un abcès en apparence unique, et Kœrte invoque, en se basant sur des recherches anatomiques, une théorie spéciale pour expliquer la production de ces foyers purulents solitaires. Il nous semble beaucoup plus simple et plus logique de penser que l'appendicite, de même que la dysenterie, peut produire dans le foie des abcès multiples probablement au début, mais auxquels, l'évolution subaiguë de la maladie, donne le temps de se réunir en une poche unique à paroi anfractueuse et irrégulière.

Dans d'autres cas, comme nous l'avons également rencontré fréquemment dans la dysenterie, la mort arrive par suite de l'intensité de l'infection et l'on trouve le foie farci d'abcès aréolaires; ce sont ces formes seules qui sont toujours mortelles et dans lesquelles la chirurgie est impuissante, comme le fait remarquer le professeur Dieulafoy (*Semaine médicale*, 1898, p. 449), qu'il s'agisse d'hépatite suppurée appendiculaire ou dysentérique.

M. Routier. — J'ai eu un cas absolument semblable, à cela près qu'au lieu d'abcès du foie, ce fut un abcès de la rate et que la malade mourut. C'était une malade que j'avais opérée, de péritonite généralisée, suite d'appendicite, à Necker. Un mois après l'intervention, elle fit des accidents du côté du poumon gauche. Elle eut bientôt un œdème de la paroi et j'ouvris un abcès de la rate. Mais la malade épuisée succomba cinquante jours environ après mon intervention.

M. Ricard. — Je voudrais vous faire connaître un cas qui, s'il n'est pas analogue aux précédents, n'en est pas moins intéressant pour montrer les suites des appendicites.

Il s'agit d'un malade, opéré d'urgence dans mon service, par

M. Beurnier, pour une appendicite avec 38°5 et des accidents de subictère.

A la suite de l'intervention, il sortit de mon service guéri en apparence, mais rentra bientôt chez Nélaton avec les mêmes accidents de subictère. Nélaton ne l'opéra pas, il revint alors chez moi; je l'envoyai chez Mathieu qui me le renvoya, disant que l'appendice n'avait pas dû être enlevé. Je l'opérai, ayant eu la main forcée par des accidents très graves, bien que, d'après mes renseignements, l'appendice dût avoir été certainement enlevé. Je trouvai alors une chaîne ganglionnaire infectée remontant de son appendice vers le foie; les deux premiers glanglions étaient augmentés de volume et contenaient du pus. J'extirpai quatre ou cinq ganglions. Il est probable que les accidents étaient dus à la présence de ces ganglions, infectés lors de la première crise d'appendicite. Le malade est en bonne voie de guérison, au huitième jour; dès le lendemain, la température était revenue à la normale.

M. Michaux. — J'ai eu un cas analogue d'adénite inflammatoire tardive. Les accidents nécessitèrent l'ablation des ganglions qui contenaient les mêmes microbes que ceux qui avaient été trouvés lors de l'opération d'appendicite

M. Tuffier. — Il faut distinguer plusieurs cas dans les affections consécutives aux appendicites. On trouve des adénites, des lymphangites qui donnent lieu à des abcès rétro-coliques, des suppurations hépatiques et péri-hépatiques. Dans le cas de M. Loison, il ne me paraît pas absolument démontré qu'il se soit agi d'un abcès intra-hépatique. A côté de ces faits, il faut signaler les cas semblables à celui que j'ai publié dans la thèse de Piart, dans lequel il fallut ouvrir toute une série d'abcès de la paroi abdominale et des muscles. Il s'agit ici d'une véritable infection purulente.

M. Brun. — J'ai vu plusieurs faits du genre de ceux que vient de signaler M. Tuffier. Dans un cas très intéressant en particulier. Il s'agissait d'un malade opéré à froid trois mois après la crise aiguë et chez lequel l'ablation de l'appendice avait été suivie d'une guérison parfaite pendant deux mois. On vit alors survenir une tuméfaction de la paroi costale droite, d'un diagnostic difficile et qui me fit songer à un cancer ou à de l'actynomicose. La tuméfaction se ramollit peu à peu à son centre, l'incision donna issue à un pus fétide, analogue à celui des suppurations péri-appendiculaires. M. Veillon y a trouvé du reste les mêmes anaérobies. Le malade a fini par succomber à une infection générale.

M. Poirier. — J'ai demandé à M. Loison s'il avait vu le foie. D'après les renseignements qu'il nous a donnés, je crois plutôt qu'il s'est agi d'un abcès rétro-colique, remontant entre le foie et le diaphragme.

Je crois, d'autre part, que si, lors de sa première opération, il avait recherché et enlevé l'appendice, il lui aurait été peut-être possible d'ouvrir les abcès de voisinage.

M. Loison. — Aux différentes questions que M. Poirier vient de me faire l'honneur de me poser, je ferai les réponses suivantes :

1° Au moment de ma première intervention par l'incision iliaque, j'ai recherché l'appendice et ne l'ai pas trouvé. J'ai jugé prudent de ne pas rompre d'adhérences pour aller à sa poursuite, parce que j'estimais ce mode de faire dangereux, d'après la regrettable expérience que j'avais acquise un mois auparavant. Opérant le 11 septembre 1899, d'un abcès péri-appendiculaire localisé à la fosse iliaque droite, le soldat Fr..., de la 3e section de commis et ouvriers, malade depuis cinq jours, et entré la veille au Val-de-Grâce, je crus devoir aller à la recherche de l'appendice, ce que je n'avais jamais fait dans de nombreuses opérations antérieures; je détruisis pas mal d'adhérences qui saignèrent, et finalement, je ne pus arriver qu'à enlever par fragments un appendice très long et très friable. Je pensais avoir fait mieux qu'auparavant, mais un *ictère toxique* se développa rapidement et enleva mon malade quatre jours après l'opération. Je craignis que l'ouverture de nombreux petits vaisseaux résultant de mes recherches n'ait contribué à produire cette issue fatale, et je me promis à l'avenir de revenir à mon ancienne conduite qui m'avait toujours réussi.

Avant l'opération, j'avais constaté une distension du cul-de-sac de Douglas par une masse volumineuse de consistance pâteuse; aussi pensant qu'il y avait peut-être du pus dans le petit bassin, je cherchai avec le doigt à passer entre les anses intestinales, sans y mettre de violence, mais je ne trouvai aucune voie d'accès.

2° Lorsque neuf jours plus tard je constatai de la fluctuation entre le doigt introduit dans le rectum et la main appliquée sur l'hypogastre, je rouvris largement mon incision de Roux, décollai avec le doigt certaines anses intestinales adhérentes et fis même quelques efforts dans différentes directions pour tâcher de percer la muraille séparant les deux collections; n'arrivant à rien, j'y renonçai, craignant de pénétrer à travers la paroi d'une anse friable, ou d'ouvrir la grande cavité péritonéale, en rompant une barrière protectrice.

Je fis alors résolument l'incision hypogastrique, constatai qu'une masse d'anses assez épaisse séparait les deux index introduits l'un dans chaque foyer, et cette fois encore, je ne trouvai aucune communication entre les deux abcès et ne sentis pas l'appendice.

3° L'abcès ouvert au niveau de l'hypocondre droit, me semble être nettement intra-hépatique. J'appuie cette affirmation sur les raisons suivantes : cet abcès s'est comporté comme le font certains abcès dysentériques de la face externe du lobe droit qui traversent le diaphragme, amènent l'oblitération partielle du cul-de-sac pleural, perforent un espace intercostal, dénudent une côte et viennent former foyer sous la peau. En outre, l'index introduit, de toute sa longueur, à travers la plaie opératoire, a pu explorer une cavité intra-hépatique, du volume d'un gros œuf de poule, limitée en bas, au fond, en avant et en arrière par le tissu du foie déchiqueté et creusé d'aréoles plus ou moins grandes, mais je n'ai pu trouver aucun diverticule descendant en bas derrière le côlon, au pourtour duquel la palpation bimanuelle ne permettait pas du reste de sentir le moindre empâtement. En haut, au contraire, la paroi de l'abcès était constituée par le diaphragme, à travers lequel l'inflammation avait pu commencer à se transmettre au tissu pulmonaire, et je suis persuadé que, si l'incision n'avait pas donné issue au pus, une fistule broncho-pulmonaire se serait constituée, malgré la dérivation qui s'était déjà produite sous la peau. C'est là une évolution qu'il n'est pas rare de constater dans quelques cas d'abcès tropicaux du foie.

Le pus évacué n'était pas rougeâtre et grumeleux, caractères que l'on rencontre fréquemment dans les abcès du foie, mais non constamment, même dans les abcès dysentériques.

Le pus hépatique, jaunâtre, auquel nous avons donné issue par l'incision, avait la même odeur fécaloïde que celui que renfermaient les foyers péri-appendiculaires ; comme M. Brun l'a fait remarquer, d'après les recherches de Veillon et Zuber, cela tient à ce que l'on rencontre les mêmes organismes dans l'abcès du foie et dans les abcès péri-appendiculaires (1).

Notre collègue, M. le médecin-major Simonin, a bien voulu examiner au point de vue bactériologique le pus que nous avons recueilli, mais ses recherches ne sont pas encore terminées.

M. Poirier. — M. Loison nous dit qu'il n'a pas voulu chercher l'appendice, craignant de détruire des adhérences protectrices. Je persiste à penser que c'est une crainte chimérique, et

(1) *Archives de méd. expérimentale*, 1898, t. X, p. 517.

qu'il est moins dangereux de détruire les adhérences et d'enlever l'appendice que de laisser cet organe. Pour ma part, cette année encore, dans un bon nombre de cas, je suis toujours allé jusqu'à l'appendice, et je ne crois pas avoir eu un seul insuccès.

Autoplastie par double transposition de lambeaux.

M. Quénu. — Cette jeune fille, âgée de seize ans, a été brûlée à la face et au cou, du côté gauche, le 4 mars 1899 ; toute la joue était transformée en une cicatrice exubérante. J'ai commencé, le 4 novembre 1899, par prendre un lambeau sur la face interne et antérieure du bras que j'ai laissé attenant à son pédicule pendant quatorze jours.

Au bout de ce temps, j'ai sectionné le pédicule brachial, mais la face antérieure du bras se trouvait ainsi dénudée sur une assez grande étendue : cette dénudation a été comblée par un lambeau pris sur le tronc. Le bras est resté seize jours accolé au tronc, puis le pédicule a été sectionné.

On aurait pu suivre un ordre inverse, accoler à la lèvre d'une incision faite au bras un lambeau pris sur le tronc et ultérieurement, après racine prise du lambeau, transporter celui-ci à la face : le bras n'eût servi que de dépôt temporaire, j'ai cru mieux assurer la vitalité de mes greffes en suivant la marche que j'ai exposée plus haut.

M. Nélaton. — Ce cas est intéressant, car M. Quénu a suivi une marche qui est l'inverse du procédé classique.

M. Pierre Delbet. — Je ne veux pas entrer bien avant dans cette question des greffes, car j'ai l'intention d'y revenir prochainement à propos de malades que je voudrais vous présenter. Le seul point que je veuille toucher, c'est la suppression de la plaie d'emprunt.

J'ai réussi, même dans des cas où j'avais taillé des lambeaux beaucoup plus étendus que celui-ci, à suturer directement les deux lèvres de la plaie d'emprunt. Pour arriver à ce résultat, il faut avoir recours à un petit artifice. Si on laisse les lèvres de la plaie d'emprunt se rétracter à leur guise pendant toute la période de greffe proprement dite, elles contractent des adhérences profondes et lorsqu'on sectionne le pédicule, on ne peut plus les mobiliser ni par conséquent les rapprocher. Il faut, avant de fixer le lambeau sur la plaie qu'il doit combler, placer des points de suture qui amènent la lèvre libre de l'incision contre le pédicule du

lambeau. Si on a soin de passer des points en U, de telle sorte que les deux chefs de chaque point soient dans un plan parallèle à celui des vaisseaux cutanés, on ne gêne nullement la circulation dans le lambeau et lorsqu'on sectionne le pédicule, il ne reste plus qu'à placer quelques points de suture complémentaires pour supprimer la plaie d'emprunt.

J'ai pu ainsi, sans gêner en rien la nutrition du membre, supprimer très simplement des plaies d'emprunt très étendues.

M. Quénu. — J'avais fait ce que conseille M. Delbet, J'avais réduit la plaie au minimum, mais elle restait encore très étendue. Vous ne pouvez, en effet, juger aujourd'hui de l'étendue de la perte de la substance d'après les dimensions du lambeau, car il s'est notablement rétracté. Je n'ai pu venir à bout de combler cette perte de substance, sans pratiquer la deuxième greffe.

M. Pierre Delbet. — Un mot seulement sur la dimension qu'il convient de donner aux lambeaux. Il est classique de dire, je ne l'ignore pas, qu'il faut donner au lambeau un tiers en plus des dimensions de la plaie qu'il doit combler. Mais ce précepte, tout classique qu'il soit, je le considère comme mauvais. Jamais je ne donne aux lambeaux un millimètre de plus que n'ont les plaies où je veux les appliquer. Il est bien vrai que le lambeau, dès qu'il est disséqué, se rétracte. Il se rétracte dans une proportion variable, toujours considérable, énorme dans certaines régions ; mais en le suturant, il est très facile de lui rendre ses dimensions premières et même dans certains cas des dimensions un peu plus considérables.

M. Delorme. — On peut, en effet, avec les sutures, restituer les dimensions primitives.

M. Reclus. — Je suis absolument de l'avis de M. Delbet pour la taille du lambeau; il se rétracte, en effet, mais on peut toujours, par des sutures lui rendre ses dimensions premières.

Je ferai remarquer que chez les sujets comme celui-ci, dont la peau est excellente, on aurait pu combler la perte de substance au moyen de greffes de Thiersch. Cette greffe, en effet, prend très bien quand ses bords sont en contact avec une peau saine.

M. Quénu. — On ne peut me reprocher d'avoir trop de peau dans le lambeau de la joue; il me reste, en effet, à réparer le lobule de de l'oreille et je serai très heureux de trouver de l'étoffe. Quant aux greffes de Thiersch, dont me parle M. Reclus, elles ne sont jamais que de l'épiderme sur un tissu de cicatrice et par la

deuxième autoplastie que j'ai faite à ma malade, j'ai appliqué sur la perte de substance du bras un lambeau de peau véritable.

Présentation de pièces.

M. Bazy présente une radiographie de fracture récente de l'humérus; c'est à peine si l'on peut soupçonner la fracture d'après l'examen de cette épreuve; il s'agissait, cependant, d'une fracture typique qui donnait même de la crépitation.

M. Reclus. — Il est très fréquent, quand on fait la radiographie aussitôt après la fracture, de ne pas trouver de trace de celle-ci à la radiographie. M. Maunoury pourrait vous dire que beaucoup de médecins militaires n'ont pas trouvé la fracture du deuxième métatarsien dans l'accident connu sous le nom de pied forcé. On ne la voit bien qu'au bout d'un certain temps, d'où le précepte de faire une série de radiographies successives.

M. P. Michaux. — J'apporte à la Société de chirurgie une vésicule biliaire que j'ai enlevée, il y a quatre jours, chez une jeune femme de vingt-huit ans qui souffrait de coliques hépatiques depuis trois ans. Je la vis pour la première fois à la fin de septembre, avec M. le Dr Rendu et nous fûmes d'accord pour continuer le traitement médical ; la malade partit pour Vichy, y fit une saison pendant laquelle elle se trouva bien. A peine rentrée à Paris, elle fut reprise de crises douloureuses très intenses, dont la dernière durait depuis dix-huit jours quand je suis intervenu sur l'avis de M. Rendu. J'ai pratiqué samedi dernier la cholécystectomie : il n'y avait pas de calculs perceptibles ni dans le canal cystique, ni dans le canal cholédoque. Ma malade est aujourd'hui en parfait état, sa température n'a pas dépassé 37°4 et son pouls s'est tenu constamment aux environs de 80. La malade n'a jamais eu d'ictère.

Cette pièce est intéressante par l'épaississement énorme de la vésicule, par l'aspect mûriforme des calculs dont je vous présente un specimen. Celui que je vous montre était le plus volumineux des huit ou dix calculs qui étaient renfermés dans la vésicule, il est très dur. Les autres étaient beaucoup plus mous, quoique de même apparence, et baignaient dans une véritable bouillie

calculeuse et purulente dans laquelle la culture et l'examen bactériologique ont révélé la présence de nombreux colibacilles.

Si je présente cette pièce, c'est pour communiquer à la Société de chirurgie le résultat de l'examen bactériologique de ces calculs. Mes internes, MM. Courcoux et Gouraud, ont ensemencé le centre et la périphérie de ces calculs, et cet examen, vérifié par M. le Dr Binot de l'Institut Pasteur, nous met en droit de conclure à la présence du *bacterium coli commune* sans aucune association. Nous avons en effet trouvé un bacille très mobile, ne prenant pas le Gram, troublant très rapidement le bouillon, avec odeur colibacillaire typique, et donnant rapidement sur gélose des colonies séparées.

M. Bazy. — J'ai eu l'occasion de voir une vésicule contenant des calculs à facettes, à parois si épaisses qu'on croyait à un cancer. Je me suis contenté de l'ouvrir. La malade a bien guéri à mon grand étonnement; revue deux ans plus tard, elle n'avait pas de fistule.

M. Routier. — Il y a deux mois, j'ai enlevé à une infirmière de Necker une vésicule énorme semblable à un gros pénis en érection de 16 centimètres de long, à parois très épaisses, contenant quatre calculs ; la malade a guéri.

M. P. Michaux. — Je présente, en outre, un cæcum que j'ai réséqué hier pour des lésions tuberculeuses avec fistule stercorale. En deux mots, voici l'histoire du malade : il est venu me consulter en mai 1899 pour une appendicite très simple en apparence. Le 16 mai, j'ai pratiqué l'extirpation de l'appendice dont rien ne révélait l'altération tuberculeuse.

Il guérit dans d'assez bonnes conditions, puis conserva une fistule purulente avec laquelle il retourna chez lui à la fin de juillet. Le 28 août, il rentra avec une fistule stercorale que mon remplaçant, M. le Dr Sébileau, tenta vainement de fermer par un double plan de sutures. En reprenant le service, je retrouvai mon malade très cachectique avec une grosse fistule laissant sortir presque toutes les matières. Il était en si mauvais état, que je refusai de faire une nouvelle tentative ; je me bornai à débrider le foyer pyostercoral. Un mieux sensible se déclara, mais comme la fistule était toujours énorme et que le mieux ne se maintenait pas, je me décidai à une intervention plus radicale.

J'ai pratiqué hier matin l'extirpation totale du cæcum et j'ai réabouché directement la terminaison de l'intestin grêle dans le

côlon à l'aide du gros bouton de Murphy. Mon malade était ce matin dans un état assez satisfaisant.

Comme on peut le voir sur la pièce, les lésions sont surtout marquées à la partie externe du cæcum où se trouve l'énorme orifice de la fistule stercorale, véritable anus contre nature, et un épaississement granuleux très notable de la paroi cæcale accolée au péritoine tuberculeux de la fosse iliaque que j'ai dû réséquer sur une grande étendue. On voit également des granulations tuberculeuses assez abondantes sur la muqueuse cæcale; le reste du péritoine, la terminaison de l'iléon et le côlon ascendant paraissent presque totalement indemnes, ce qui justifie absolument l'intervention.

Déformation en entonnoir du thorax.

M. Picqué présente un moulage et plusieurs photographies relatives à la déformation dite « *thorax en entonnoir* » d'Ebstein, au sujet de laquelle il doit publier un travail en collaboration avec M. Colombani, interne des asiles, dans la *Revue d'orthopédie.*

Il présente à ses collègues quelques considérations anatomiques de cette déformation, le déplacement des organes contenus dans le médiastin, enfin sa coexistence avec certaines malformations du cerveau.

Élections

POUR LES MEMBRES ASSOCIÉS ÉTRANGERS

Sont nommés :

MM. Esmarch et Mac Ewen.

POUR LES MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

Sont nommés :

MM. Jonnesco, Mallakowsky, Paci, Mayo Robson, Rydygier et Souchon.

Le Secrétaire annuel,

Ad. Jalaguier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 24 JANVIER 1900

Présidence de M. Pozzi.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. Liard, annonçant l'ouverture du congrès des sociétés savantes, à la Sorbonne, le mardi 5 juin, à 2 heures précises ;

3° Une lettre de MM. Segond, Félizet et Picqué, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

A propos de la correspondance.

M. Kirmisson présente une note de M. Bouquet, sur le *traitement du mal de Pott par le décubitus abdominal prolongé.* — M. Kirmisson, rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

Adénite dans l'appendicite.

M. Gérard Marchant. — Nos collègues Ricard, Michaux, Tuffier, Poirier, à propos de la communication de M. Loison, ont parlé des adénites suppurées péri-appendiculaires et rétro-coliques, qu'ils ont observées au cours de l'*appendicite*,

Je saisis cette occasion pour vous donner trois observations

d'ADÉNITES CÆCALES, PRÉ-CÆCALES, prises pour des appendicites et opérées.

La plus ancienne en date est celle d'une jeune Cubaine auprès de laquelle je fus appelé par le professeur Dieulafoy pour des accidents dans la région cæcale. C'était en octobre 1898. Cette jeune fille avait eu deux crises d'appendicite, l'une en mars, l'autre en août de la même année. Ces crises s'étaient accompagnées des symptômes classiques, douleurs, ballonnement du ventre, vomissements, fièvre. Le Dr Toledo avait été le témoin de ces accidents.

La crise aiguë passée, seuls persistaient des troubles intestinaux caractérisés par de la diarrhée, une douleur dans la zone appendiculaire, se réveillant à l'occasion de la marche et des mouvements, et une véritable tumeur au niveau du cæcum.

Cette tumeur avait les dimensions d'une grosse noix : — elle paraissait irrégulière, bosselée, de consistance ferme, mobile, très sensible au toucher ; — elle subissait nettement des variations de volume d'une semaine à l'autre.

Cette grosseur si appréciable cadrait peu avec les sensations que nous donne habituellement la palpation d'un appendice même malade. Comme l'a fait remarquer depuis longtemps M. Routier, dans ces cas *on ne sent rien ou presque rien.*

Cette tumeur arrondie éveilla donc notre attention, et comme la petite malade était de souche bacillaire (père mort tuberculeux), nous avions fait de grandes réserves au sujet d'une *tuberculose cæcale.*

Le péritoine ouvert, le cæcum découvert, ce qui frappait, c'était l'existence sur le cæcum, près de sa circonférence interne, dans le voisinage de l'abouchement du grêle (c'est-à-dire, là où l'anatomie normale révèle des ganglions, comme vous pouvez vous en convaincre sur le dessin que je mets sous vos yeux), de deux masses ganglionnaires, dont l'une était plus volumineuse que l'autre, et juxtaposées : — un de ces ganglions présentait près de sa surface un point jaunâtre : — nulle part d'adhérences et je pus facilement énucléer ces ganglions sans intéresser les tuniques du cæcum.

Bien que l'appendice parût sain, il fut réséqué.

Un des élèves du laboratoire du professeur Dieulafoy, M. Jolly, a bien voulu se charger de l'examen de ces pièces, et voici la note qui m'a été remise par le Dr Gandy.

« 1° L'appendice dont il a été fait des coupes (conservées et réexaminées depuis) était absolument sain.

« 2° Les ganglions présentaient au point de vue macroscopique tout à fait l'apparence de ganglions caséeux. Malheureusement, il n'a pas été fait de coupes de ces ganglions.

« La coloration d'un *frottis sur lamelles* des portions caséeuses des ganglions n'a point mis en évidence de bacilles de Koch : fait négatif qui ne suffit point pour éliminer l'idée de tuberculose. »

Cette observation m'avait beaucoup frappé, et j'avais considéré que certaines péritonites tuberculeuses peuvent avoir ce processus ganglionnaire initial, leur début brusque s'expliquant par l'ouverture dans le péritoine du contenu du ganglion (1).

Je pensais, aussi, que ces *adénites pré-cæcales* devaient aboutir à la tuberculose cæcale, lorsque, la coque ganglionnaire franchie, les produits septiques inoculaient la paroi cæcale.

Enfin, fait des plus nouveaux, l'appendice était sain!

Le 14 novembre dernier, j'opérai une jeune fille qui m'avait été confiée par le Dr Forest de Faye. Cette jeune fille avait depuis cinq ou six ans, de loin en loin, tous les deux ou trois mois environ, une douleur vive dans la fosse iliaque droite, sans fièvre, sans vomissements, qui se calmait par un repos de quelques heures.

Dans l'intervalle de ces petites crises, aucune souffrance appréciable.

La première grande crise eut lieu en juillet 1899. Fièvre vive, vomissements pendant quatre jours, avec douleur violente, *au point d'élection*. Cette crise dura quinze jours et céda à la glace, à l'opium et à la diète absolue. L'accalmie dura trois mois. Néanmoins, la malade garda toujours une sensation douloureuse dans la fosse iliaque.

Deuxième grande crise le 2 novembre : pendant la nuit, douleur très violente s'accompagnant de nausées, de lipothymies, d'angoisse extrême, *sans fièvre cette fois!*

C'est dix jours après cette seconde atteinte que je fus appelé à voir la malade et que je constatai *une tuméfaction bien nette* dans la *région cæcale*. Je pensai à une appendicite, et lorsque le 14 novembre 1899, j'opérai cette malade, je fus surpris de trouver *un appendice qui paraissait sain*, mais sur le cæcum, en pleine face antérieure, se rapprochant cependant de son bord externe, un GROS GANGLION. Mais celui-ci était suppuré, prêt à s'ouvrir, et ayant contracté avec la paroi cæcale des adhérences telles que je renonçai à l'extirpation : je traitai cette adénite suppurée par *l'ouverture, le grattage, la thermo-cautérisation*, puis j'isolai ce foyer septique de la grande cavité péritonéale, par une suture cæcale de la lèvre interne de l'incision du péritoine.

Il n'est pas sans intérêt de vous dire que cette jeune fille a une

(1) Cette jeune fille a été soumise à un traitement général approprié, et d'après les dernières nouvelles reçues en octobre 1899, sa santé est florissante !

sœur atteinte de coxalgie et un frère bacillaire pulmonaire. Elle est aujourd'hui entièrement rétablie.

Quelles étaient les lésions de l'appendice?

Voici la note que m'a remise mon chef de laboratoire de l'hôpital Boucicaut, M. le Dr Blanc.

« *Appendicite pariétale, sans trace aucune de lésions tuberculeuses.* — L'appendice enlevé, à l'examen macroscopique, paraît à peu près normal. Il est du volume d'un crayon, légèrement congestionné, et on aperçoit à sa surface de fins réseaux correspondant à des arborisations vasculaires, indices de congestion. Cet appendice est perméable. Pas de dilatation ni de rétrécissement.

« *Sur les coupes*, on rencontre les lésions d'une appendicite pariétale légère : épaississement des couches, infiltration prédominant au niveau de la muqueuse hyperhémiée et du tissu réticulé sous-muqueux. On aperçoit de nombreux leucocytes tout autour des follicules, qui sont augmentés de volume et pénétrés eux-mêmes par les lymphocytes.

« L'infiltration a gagné aussi les espaces interglandulaires, mais les glandes sont peu atteintes.

« A cause des antécédents de la jeune malade et d'un ganglion suspect rencontré au cours de l'opération, on pouvait soupçonner la tuberculose. Rien dans les lésions appendiculaires ne permet de songer à la bacillose et les lésions inflammatoires sont des lésions d'inflammation simple.

« En résumé, appendicite subaiguë, pariétale; tout à fait au début, caractérisée par de la folliculite et de la périfolliculite. »

Je dois faire remarquer que l'appendice avait des lésions qui n'étaient pas du même degré que celles rencontrées sur le ganglion.

Voilà donc deux stades différents d'une même inflammation. — Dans le premier cas, *ganglion caséeux*; dans le second, *ganglion suppuré*. — *Appendice sain* dans la première observation, *appendicite pariétale* dans le second.

Enfin j'ai pu, sur une petite malade, opérée dans mon service de Boucicaut, constater la première période *de ces adénites cæcales*. — Cette enfant de douze ans m'avait été adressée par le Dr Marciguey, pour une appendicite. La première crise éclata le 4 avril 1899, et se caractérisa par des douleurs dans le flanc gauche, puis dans le côté droit, au niveau du cæcum. Pas de fièvre, pas de vomissements, mais des douleurs *vives*, *constantes*, *persistantes*, de l'amaigrissement rapide, symptômes qui nous décidèrent à proposer une laparotomie exploratrice.

L'opération révéla l'intégrité apparente de l'appendice, qui fut cependant réséqué, mais il y avait une infinité de petits ganglions, hyperplasiés, indurés, qui n'étaient pas seulement limités au cæcum, et existaient sur le méso-appendice, le grand épiploon, le feuillet droit du mésentère.

Je me hâtai de refermer le ventre, sans toucher à aucun de ces ganglions, me réservant de donner ultérieurement un traitement général, qui d'ailleurs a fait merveille.

L'examen de l'appendice réséqué, fait par M. le Dr Blanc, n'a révélé « que des lésions peu accusées, à peine une légère inflammation folliculaire très localisée, insuffisante, semble-t-il, étant donné l'intégrité du tissu conjonctif *péri-folliculaire*, des glandes et du péritoine, pour expliquer le syndrome présenté par la malade. »

Voilà les trois observations d'*adénite pré-cæcale*, que je voulais vous communiquer et que j'ai pu observer aux trois stades d'*induration*, de *ramollissement* et de *suppuration*.

Il est probable qu'il s'agit dans ces trois cas d'un même processus initial, mais quel est-il ?

L'appendice ne semble pas en cause, puisqu'il était sain dans un cas, et que dans les deux autres les lésions trouvées ne cadraient pas avec le degré et la multiplicité des adénites.

D'ailleurs, les ganglions *pré-cæcaux* reçoivent-ils les lymphatiques partis de l'appendice? Le jour où cette question sera résolue, la solution de ce problème sera singulièrement simplifiée; aussi ai-je entrepris sur ce sujet quelques recherches anatomiques que je me propose de vous faire connaître.

Si l'appendice n'est pas en cause, serait-ce la muqueuse cæcale, ou celle de la valvule iléo-cæcale, dont l'effraction servirait de porte d'entrée à l'agent septique, infectant ces ganglions?

La nature de cette infection est encore indéterminée. S'agit-il d'un processus tuberculeux, comme l'état des ganglions, les antécédents des sujets, autoriseraient à le croire? ou bien ces adénites sont-elles *purement inflammatoires?*

Autant d'inconnues, pour lesquelles je vous demande crédit, à moins que quelques-uns d'entre vous ne viennent, par des observations similaires, apporter la lumière?

Ce qui est certain, c'est qu'à côté des adénites *para-cæcales*, comme celles que nous ont indiquées nos collègues, il faut faire une place aux *adénites cæcales*, *pré-cæcales*. L'avenir nous dira si ce sont des lésions dépendantes de l'appendice, ou si elles ne reconnaissent pas une autre origine, si elles sont *péri- appendiculaires* ou *para-appendiculaires*, suivant l'heureuse expression de M. Quénu.

M. Jalaguier. — Les faits de M. Gérard Marchant sont très intéressants. Je les crois rares : sur un grand nombre d'opérations d'appendicite à froid, je n'ai rencontré qu'une seule fois un ganglion pré-cæcal; mais j'ai bien souvent noté que le maximum des lésions à distance consécutives à l'appendicite se trouvait au niveau de la face antérieure de l'angle iléo-cæcal. J'en ai conclu que ces phénomènes inflammatoires propagés de l'appendice au cæcum devaient être imputés à une lymphangite des réseaux et des troncs existants à ce niveau. Cette localisation des ganglions et des lymphatiques explique peut-être le siège presque constant du point de Mac Burney, quelle que soit la situation de l'appendice. Les lésions lymphatiques et ganglionnaires peuvent subsister, alors qu'il n'y a plus rien, en apparence; dans l'appendice qui a été le point de départ de l'infection. Je voudrais savoir si les appendices enlevés par M. Gérard Marchant ont été examinés d'une façon complète, tant au point de vue bactériologique qu'au point de vue histologique.

M. Gérard Marchant. — Je crois que, dans mon premier cas, M. Dieulafoy a eu le plus vif regret de ne pas trouver de lésions ; il a examiné et réexaminé l appendice. Dans les deux autres cas, il y avait, je dois le dire, un peu de folliculite, les appendices 'étaient que fort peu malades,mais ils l'étaient pourtant.

Des para-appendicites.

M. Quénu et Cavasse. — Nous désignons sous ce terme les péritonites localisées développées dans le voisinage immédiat de l'appendice et sans dépendance aucune d'une lésion de cet organe. Nous différencions donc la para-appendicite de la péri-appendicite; celle-ci accompagne la plupart des appendicites un peu graves, elle fait partie intégrante de leurs lésions; la para-appendicite, au contraire, n'a aucun lien étiologique avec l'inflammation de l'appendice, elle ne contracte avec ce dernier que des rapports de voisinage, mais ces rapports suffisent à créer une similitude de symptômes et de signes, qui justifient à notre sens le terme sous lequel nous désignons cette variété de péritonites partielles.

L'entité anatomique et clinique que nous envisageons ne saurait non plus être nosologiquement confondue avec les pseudo-appendicites, c'est-à-dire avec des affections dans lesquelles il n'y a en réalité qu'une communauté symptomatique avec l'appendicite, en l'absence de toute lésion du péritoine spécialisé. Sont donc

éliminées de cette étude, les appendicites-fantômes de l'hystérie, les pseudo-appendicites saturnines, les pseudo-appendicites dues à une éruption non localisée de granulations tuberculeuses, etc.

En réalité, notre dénomination s'applique aux inflammations péritonéales développées autour de la terminaison de l'iléon, et autour du cul-de-sac cæcal; elle comprend des adénites péri-appendiculaires, des périilœites et des pérityphlites vraies, élimination faite de presque tous les cas anciens qui n'étaient autres que des appendicites et de fausses pérityphlites. Les raisons pour lesquelles il y a lieu d'envisager à part ces périentérites sont en partie de même ordre que celles qui ont justifié la création d'un chapitre sur l'entérite appendiculaire: leur développement a pour point de départ, comme celui des appendicites, les follicules clos si abondamment disséminés dans l'épaisseur de la muqueuse intestinale de la région iléo-cæcale. Toutes les causes d'inflammation ulcérative des follicules clos seront donc, *a priori*, des causes possibles de para-appendicites, telles, en particulier, la fièvre typhoïde, la tuberculose intestinale et les infections banales et la grippe. L'observation que nous rapportons est précisément relative à une para-appendicite développée au cours d'une infection grippale.

Il s'agit d'un jeune homme de dix-sept ans, de petite taille, mais d'une bonne santé habituelle; ses antécédents pathologiques ne comportent qu'une rougeole à l'âge de douze ans. Il a notamment un intestin bien réglé, sans constipation ni diarrhée, même quand il mange beaucoup de fruits, sans aucune trace d'entérite mucomembraneuse.

M. le Dr Cavasse est appelé auprès de lui le 30 octobre. Nous lui devons la note qui suit :

« A l'examen, comme au premier coup d'œil, c'est un grippé.

Le visage est animé, les yeux brillants, avec les conjonctives un peu injectées. La peau est chaude et humide; la température n'a pas été prise, mais la main a la sensation de 39 à 40 degrés. La langue, humide, est un peu blanche au centre.

« Il y a une sensation de fatigue, de brisement général : les masses musculaires sont douloureuses à la pression. Céphalée frontale assez vive. Il n'y a, d'ailleurs, aucune localisation viscérale : le malade n'en a pas les signes fonctionnels, et l'examen physique ne les décèle pas; le ventre, notamment, soigneusement exploré, est absolument indemne; ni ballonné ni plat, il est partout libre, souple, indolent sous des pressions profondes.

« C'est dans l'après-midi que cette affection a pris ces caractères aigus, par des frissonnements répétés. Mais la veille déjà, le malade s'était senti mal à son aise. Le dimanche, 29 octobre, en effet, il s'était

réveillé avec un peu de mal de tête : ce qui ne l'empêcha pas, d'ailleurs, de faire de l'escrime dans la matinée, de déjeuner de bon appétit, et de faire 20 kilomètres à bicyclette, de bien dîner, et de dormir toute sa nuit.

« En se levant, le lundi, il a une céphalée assez forte, envie de vomir (un vomissement bilieux) et d'aller à la selle (pas de garde-robe).

« Il doit prendre le train à 9 heures; et c'est après deux heures de chemin de fer qu'arrivant à Paris il se couche avec les frissonnements, la fièvre et les signes dits plus haut.

« On prescrit 1 gramme d'antipyrine, et un ipéca pour le lendemain matin.

« Le lendemain, on le trouve levé, sans fièvre. Il se dit bien portant, a mangé; mais comme la langue est encore un peu blanche, on le fait se recoucher et on prescrit la diète, un verre d'eau de Sedlitz au besoin.

« Depuis ce moment, mardi 31 octobre, je n'ai plus été appelé jusqu'au samedi 4. C'est le soir de ce jour-là, samedi, que j'ai appris ce qui s'était passé depuis ma dernière visite :

« Le mercredi 1er novembre avait été bon; le malade est levé, il mange.

« Le jeudi 2, après un verre d'eau de Sedlitz, excellent appétit; tellement que, le soir, il fait honneur au dîner suivant : soupe, poisson, oie aux marrons, salade. — Il se couche, s'endort... et, à 2 heures du matin, est éveillé brusquement par *une douleur atroce* dans le ventre; il essaie d'aller à la garde-robe, sans résultat; il vomit, son dîner d'abord, des mucosités bilieuses ensuite.

« Les journées du vendredi 3 et du samedi 4 se passent sans que nous puissions savoir rien de bien précis. On dit seulement qu'il a continué à souffrir du ventre et à vomir; que ces vomissements sont devenus *verts;* qu'il a reçu deux lavements; et qu'il a eu, à la suite, des selles abondantes.

« C'est le soir de ce samedi 4, à 5 heures, que je le revois. En entrant dans la chambre, on est frappé de l'altération des traits; les yeux sont excavés, les pommettes saillantes, le nez effilé. Langue sèche. Pouls 120, faible, mais régulier. Ventre douloureux partout, mais surtout au point de Mac Burney.

« Je fais, à la hâte, laver la bouche à l'eau de Vichy, prendre de l'opium, poser de la glace. »

Nous voyons le jeune malade ensemble, M. Cavasse et moi, le samedi à 6 h. 1/2 du soir. Il vomit à chaque instant un liquide verdâtre : le facies est tout à fait hippocratique. Le ventre n'est pas très ballonné, mais douloureux à la pression, spécialement dans la région iliaque droite; on note une contracture des droits de l'abdomen et une sensibilité à la pression, plus vive au point de Mac Burney que partout ailleurs; la température est à peu près normale, pas de céphalalgie. Nous portons le diagnostic d'appendicite et conseillons l'intervention chirurgicale immédiate. Celle-ci est pratiquée le soir même, à 10 heures, chez les frères Saint-Jean-de-Dieu, avec l'assistance de MM. Longuet et Schwartz et en présence de M. Cavasse.

Nous incisons le ventre latéralement le long du bord externe du droit; immédiatement après la section du péritoine, un peu de liquide trouble s'écoule; nous sommes frappés par la présence sur l'intestin grêle et sur le cæcum, de plaques jaunes et molles, d'aspect pyo-fibrineux; et par la rougeur intense des anses d'intestin grêle au voisinage du cæcum : cette rougeur et l'exsudat cessent à une certaine distance de l'angle iléo-cæcal. Nous trouvons aisément l'appendice; sa surface est simplement congestionnée, elle n'est pas adhérente et ne présente aucune trace de suppuration en aucun point : l'appendice est réséqué et le moignon enfoui dans un pli du cæcum; nous explorons à nouveau le petit bassin et nous constatons que la plupart des exsudats répondent à la portion terminale de l'iléon, qui est spécialement rouge et congestionnée, les plaques fibrinoïdes sont enlevées avec des tampons stérilisés et remises immédiatement à M. Cavasse, pour l'examen bactériologique. Après une toilette minutieuse du péritoine, nous nous assurons encore une fois qu'en aucun point du cæcum ou de l'iléon, il n'existe de perforation et nous installons deux gros drains, l'un plongeant au fond de la cavité pelvienne, l'autre allant jusqu'à l'angle iléo-cæcal.

Une injection de 500 grammes de sérum est pratiquée sous la peau, immédiatement après l'opération.

La nuit du samedi au dimanche est plus agitée.

5 *novembre.* — Pas de vomissements depuis l'opération. Temp., soir, 39°6; pouls, 80; respiration, 25. La langue est sèche.

250 grammes d'urines non albumineuses. 1000 grammes de sérum dans la journée.

6 *novembre.* — Urines, 750 grammes; pouls, 100 pulsations; temp., 38°5.

Le facies reste grippé : le sommeil est agité, entrecoupé de visions fatigantes.

7 *novembre.* — Temp., 38°6; pouls, 100; urine, 750 grammes.

La nuit a été plus calme; ce matin, petite selle spontanée.

8 *novembre.* — Selle liquide. Urine, 680 grammes; temp., 37°9; 2 grammes de bismuth.

9 *novembre.* — On commence à donner un peu de lait; le facies reste médiocre, le malade a été un peu abattu, sans véritable prostration, sans céphalalgie.

La température est à 36°9, aucun changement le 10. L'alimentation lactée est un peu augmentée.

10 *novembre.* — Premier pansement; on supprime un drain. Temp., 38 degrés à 5 heures; puis 37°8 à 7 heures.

A partir du 11, la quantité d'urine, qui n'avait pas dépassé 7 à 800 grammes en vingt-quatre heures, s'élève à 1.200 grammes. Nous autorisons les potages, puis, les jours suivants, les œufs, la température oscillant autour de 36°3 à 36°5.

L'amaigrissement et le type du facies excavé persistent jusqu'au 25 ou 26.

Les pansements ont été faits tous les deux jours : le deuxième drain est supprimé une dizaine de jours après l'opération. Le malade a quitté

la maison de santé au bout de vingt-cinq ou vingt-six jours en parfait état de santé.

L'examen bactériologique des exsudats fibrinoïdes a été fait par M. Cavasse, sur lamelles, et après ensemencement, M. Cavasse y a trouvé des streptocoques et du bacterium coli.

L'examen du liquide pris dans les drains, dans les jours qui suivent l'opération a donné les mêmes résultats.

Le dixième jour après l'opération, l'épreuve du séro-diagnostic a donné un résultat négatif, même aux proportions énormes de 1/20, qui peuvent entraîner l'agglutination du bacille d'Eberth avec un sérum non typhique; toutes ces recherches ont été faites par M. Cavasse, dans le laboratoire de M. Chauffard.

L'appendice a été débité en coupes, par M. le Dr Landel : aucune trace d'ulcération, la muqueuse est partout normale et les follicules clos ne paraissent pas tuméfiés.

Voilà donc une observation dans laquelle nous nous trouvons en présence de phénomènes abdominaux à début soudain, avec localisation iliaque droite et menaces d'extension à tout le ventre. Le tableau clinique indique une péritonite; l'ouverture du ventre vérifie l'existence d'une péritonite non généralisée, sans foyer de suppuration, mais avec plaques molles d'exsudats d'apparence fibrineux et fertiles. Ces lésions sont d'autant plus marquées qu'on se rapproche de l'insertion de l'iléon vers le cæcum; la surface de cette dernière portion d'intestin grêle est rouge, vascularisée; l'appendice ne participe à la congestion que par sa surface séreuse; l'examen histologique nous démontre qu'il est sain; tel est, brièvement résumé, le fait que nous apportons à l'appui de nos propositions initiales.

Il existe donc des péritonites partielles aiguës péri-intestinales, et ces péritonites peuvent s'observer au cours de la grippe.

La description symptomatique comme l'épreuve du séro-diagnostic et l'évolution, nous permettent d'éliminer la fièvre typhoïde comme ayant été le point de départ des accidents. On peut admettre que les ulcérations typhiques puissent aboutir au même résultat.

Quoi qu'il en soit, le fait que nous relatons n'est pas unique et il est peut-être moins exceptionnel qu'il ne semble au premier abord ; il est arrivé à plus d'un chirurgien de croire à une appendicite et d'être surpris du contraste existant entre les symptômes accusés et le défaut de lésions appendiculaires apparentes. Dans d'autres cas, d'un intérêt plus saisissant, les lésions existent mais elles n'ont pas leur foyer dans l'appendice; tel est notre cas personnel, telle est encore l'observation intéressante de M. Guinard (1).

(1) *Traité* de Le Dentu et Delbet, article « Appendicite », vol. VII, p. 490.

J'ai laparotomisé un jeune malade qui avait tous les signes d'une appendicite avec suppuration en dedans du cæcum. L'évacuation et le drainage de la collection purulente n'empêchèrent pas le malade de succomber et, à l'autopsie, nous trouvâmes, Peyrot et moi, le cæcum et l'appendice absolument normaux. Une perforation de la dimension d'une pièce de 50 centimes siégeait à 30 centimètres environ au-dessus de la cavité iléo-cæcale, sur le bord libre de l'iléon. Il n'y avait pas traces de lésions de la muqueuse du tube digestif. C'était comme un véritable ulcère rond perforé en dehors de la fièvre typhoïde et de la tuberculose.

Dans les deux observations précédentes, celle de M. Guinard et la nôtre, les lésions, perforantes ou non, occupent l'intestin grêle. Dans l'exemple suivant, elles siègent au cæcum et renforcent les faits bien connus de typhlites, mais sans appendicite et simulant cette dernière.

Il s'agit d'une jeune femme de vingt-quatre ans entrée dans notre service à l'hôpital Cochin, le 9 novembre 1899. A l'âge de seize ans, cette malade a été prise subitement, en dehors d'une époque menstruelle, d'une violente douleur occupant la fosse iliaque droite avec ballonnement du ventre et vomissements : les accidents furent assez prononcés et persistants pour exiger un séjour de deux mois au lit.

Depuis, la santé fut assez bonne et cette jeune femme se maria, il y a un peu moins d'un an, devint grosse de suite et accoucha il y a un mois. L'accouchement fut simple, il n'y eut, de la part de la sage-femme, aucune manipulation ni irrigation; néanmoins, trois ou quatre jours après l'accouchement, des douleurs très vives se déclarèrent soudainement à droite, tellement vives, que le moindre frôlement des draps était insupportable; le côté gauche n'a jamais été le siège d'aucune sensibilité. Il y eut trois ou quatre jours de fièvre.

L'exploration par le palper abdominal nous fait découvrir une petite tuméfaction dure et très douloureuse, un peu au-dessous de la ligne qui joint l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ombilic. Au toucher, on ne trouve rien d'anormal à gauche; à droite, les annexes semblent prises et faire partie de la tuméfaction iliaque. Le col est déchiré et un peu mou; très peu de pertes.

Nous portons le diagnostic d'appendicite ancienne avec lésions de la trompe droite.

Le ventre ouvert en position inclinée, il fut très aisé de faire les constatations suivantes : la trompe droite renferme du pus, l'appendice est appliqué à sa surface, recourbé en 8 de chiffre et sain, mais à 2 centimètres de l'insertion de l'appendice sur le cæcum, recouverte par des adhérences étendues du cæcum au pavillon, il existe une perforation intestinale ronde, de l'étendue d'une pièce de 20 centimes.

Cette perforation cæcale n'était-elle pas consécutive à l'évacuation d'un abcès de la trompe d'origine génitale?

Cette interprétation est évidemment soutenable; néanmoins, si l'on

songe à la localisation droite des lésions, à l'intégrité des annexes gauches, et surtout à l'attaque de péritonite ancienne dont les caractères furent si nettement appendiculaires, on ne peut s'empêcher de croire à la priorité de l'ulcération cæcale et à l'existence, à l'âge de seize ans, d'une para-appendicite de siège cæcal.

L'observation que M. Bazy a rapportée, à la Société de chirurgie en 1896, à propos d'une discussion sur l'appendicite, est un mélange d'appendicite et de typhlite. Il y avait en effet une perforation du cæcum et une perforation de l'appendice, mais, à son avis, la perforation cæcale était indépendante et à distance de l'appendice; il y avait là deux lésions similaires purement contemporaines.

Le diagnostic des lésions para-appendiculaires ne saurait être distinct dans l'immense majorité des cas de celui de l'appendicite, et du reste ce diagnostic différentiel n'aurait pas un immense intérêt, car les indications thérapeutiques sont évidemment identiques.

Mais l'intérêt commence à l'instant des constatations intra-abdominales : il ne faut pas qu'en présence de lésions graves et étendues du péritoine, le chirurgien se contente d'enlever un appendice si l'aspect de cet appendice à peine vascularisé, à peine un peu gros, explique mal l'étendue, les caractères et l'évolution du foyer; il faut inspecter la région para-appendiculaire, le fond du cæcum et spécialement la terminaison de l'intestin grêle, s'assurer qu'il n'existe pas de perforation, boucher les trous s'il en existe, et, après avoir asséché tout le foyer sans lavage aucun, en assurer la large évacuation par un drainage avec des drains et non avec des paquets de gaze qui bouchent et ne drainent pas. C'est l'importance pratique qui s'attache à une telle conduite chirurgicale qui nous a engagé à faire connaître les faits dont nous avons été témoin.

A propos des radiographies dans les fractures.

M. Loison. — Deux points de radiographie ayant été touchés dans la dernière séance, par M. Bazy et par M. Reclus, je vous demanderai la permission de vous soumettre quelques réflexions à ce sujet.

M. Bazy vous a présenté une fracture de la diaphyse humérale qu'il eût été difficile de diagnostiquer, en voyant seulement la radiographie, alors que l'examen clinique du blessé ne laissait pas le moindre doute sur l'existence de la solution de continuité osseuse.

Est-ce la radiographie que l'on doit incriminer? Je ne le crois pas. Le trait de fracture n'était pas visible sur la plaque qui vous a été montrée, tout simplement parce que le malade avait remué, ce qu'indiquait nettement le flou et le double contour de l'image.

J'ai eu l'occasion de constater plusieurs fois le même fait dans mes opérations, et une nouvelle épreuve prise dans l'immobilité absolue du sujet donnait alors une image caractéristique.

A ce propos, M. Reclus vous a parlé de la difficulté qu'il y avait à déceler par la radiographie, les fractures des métatarsiens, dites *fractures de marche;* il ajoutait que souvent on ne faisait le diagnostic qu'ultérieurement, en prenant des épreuves échelonnées, et qu'un beau jour on constatait l'existence d'un cal fusiforme, alors qu'au début l'on n'avait pas vu de trait de fracture.

Je me permettrai de dire, d'après mon expérience, que bien souvent, si l'on ne voit pas sur la plaque le trait de fracture, immédiatement après l'accident, c'est parce que les radiographes le cherchent mal. J'ai commis cette erreur autrefois, quand je me contentais, comme font la plupart des opérateurs, de prendre simplement une épreuve en position dorso-plantaire. Actuellement, si je ne constate rien sur ce premier cliché, je prends de suite une vue planto-dorsale; si le résultat est encore négatif, je fais une troisième pose, en dirigeant les rayons obliquement, de façon à avoir une vue aussi latérale que possible des métatarsiens, sans toutefois les projeter transversalement l'un sur l'autre.

Les trois épreuves que j'ai l'honneur de vous soumettre confirment ce que j'avance.

Le nommé Th..., du 130e de ligne, porteur d'une ampoule au talon, marchait péniblement, depuis une quinzaine de jours. Il y a cinq jours, pendant une route, il a éprouvé une douleur au niveau du deuxième métatarsien et de l'œdème s'est développé consécutivement. Je le vois au cinquième jour de l'accident. Sur les radiographies dorso-plantaires et planto-dorsales, il n'y a rien d'anormal, tandis que sur la radiographie oblique externe, on distingue nettement un trait de fracture, ainsi que vous pouvez en juger en examinant l'épreuve sur papier, mais surtout le cliché sur verre.

Si je n'avais craint d'abuser de vos instants, j'aurais pu vous apporter toute une série de fractures incomplètes de la malléole externe, dans lesquelles le trait de fracture aurait pu échapper à certains radiographes. Actuellement, dans les entorses externes du cou-de-pied, je prends toujours l'image de cette malléole, sous trois incidences différentes : sens antéro-postérieur, sens postéro-antérieur et sens interne externe.

Fréquemment, sur l'une ou deux des plaques, on ne voit rien, et sur la troisième la fêlure osseuse est évidente.

N'allez pas croire qu'en procédant comme je viens de l'indiquer, je fasse des dépenses exagérées, puisque pour le métatarse, comme pour la région tibio-tarsienne, je n'emploie que des plaques 9 × 12, qui sont largement suffisantes.

En résumé, je crois pouvoir dire que, dans beaucoup de fractures, si l'on ne voit rien sur les clichés, ce n'est pas la radiographie qu'il faut accuser, mais c'est le radiographe qui est en défaut.

M. Maunoury. — Je suis un peu supris de ce que vient de dire M. Loison, car dans bien des cas où il existait certainement une fracture, je n'ai pu, même en prenant la radiographie dans plusieurs sens différents, trouver le trait de fracture, qui ne devenait évidente que plusieurs semaines plus tard, grâce à la formation du cal. Si donc, dans la plupart des cas, on peut dire qu'une fracture, invisible dans un sens, peut être aperçue dans un autre, cela n'a rien d'absolu, et il est également vrai qu'une fracture, même prise dans différents sens, peut ne pas être visible à la radiographie.

M. Bazy. — J'avais accepté l'explication de M. Loison au sujet de la non-visibilité de la fracture dans une épreuve radiographique dans le cas où le malade a un peu bougé.

Mais en voyant son cliché, j'avoue que je ne la partage plus, car le trait est invisible pour tous, même pour mon ami Brun, qui avait été le seul à diagnostiquer la fracture quand j'avais présenté mon cliché et encore s'était-il basé sur la déviation de l'humérus, et n'avait-il pas pu dire si c'était une fracture ancienne ou récente; je crois donc qu'il faut maintenir cette opinion que certaines fractures sont invisibles.

C'est la première fois que je pose ce fait et cependant je fais faire systématiquement la radiographie de toutes les fractures.

M. Tuffier. — Je crois aussi qu'il y a des fractures dans lesquelles on ne voit rien, quel que soit l'angle sous lequel on les radiographie. Mais il y a bien des cas dans lesquels, en prenant des épreuves sous des obliquités différentes, la lésion devient appréciable. Certaines fractures du péroné, par exemple, ne donnent rien de face, tandis que de profil, le déplacement se voit très bien. Il est donc indispensable, dans certains cas, de prendre plusieurs radiographies sous des angles divers.

M. Berger. — Les fractures dans lesquelles on ne voit rien à la

radiographie sont celles dans lesquelles on ne peut faire varier l'obliquité des rayons. J'ai observé récemment une fracture intra-trochantérienne avec déformation et raccourcissement considérable. J'ai dû rompre cet engrénement pour réduire la fracture; la guérison a été obtenue grâce à l'appareil d'Hennequin et, après guérison, la radiographie n'a montré ni trace de fracture, ni présence de cal.

Rapport.

Phlegmon diffus sous-cutané étendu à presque tout le membre inférieur; injections d'eau oxygénée dans le tissu cellulaire; sutures secondaires, par le Dr DUBUJADOUX, médecin-chef de l'hôpital de Blidah.

Rapport par M. CHAUVEL.

Il s'agit d'un jeune soldat du 1er chasseurs d'Afrique atteint de phlegmon à la suite d'une excoriation négligée et irritée (arrosage avec l'urine) de la malléole externe. En six jours, l'inflammation débordant la jambe s'est propagée jusqu'en haut de la cuisse et du pus s'est formé en même temps qu'un état typhoïde grave témoigne de l'intoxication septique. Une incision de 30 centimètres, longeant le péroné, a été pratiquée par le médecin du corps. M. Dubujadoux, en raison des décollements très étendus, fait en l'espace de deux jours douze incisions nouvelles, les unes pour donner issue à des clapiers remplis de pus, les autres pour prévenir l'extension du phlegmon qui remonte déjà jusqu'au bassin.

Voyant la rougeur et le gonflement progresser encore malgré ces multiples débridements, il a l'idée d'injecter à la limite de la zone malade de l'eau oxygénée, quelques gouttes d'abord, puis une pleine seringue; en tout seize piqûres et 8 centimètres cubes de liquide. Il se forme aussitôt un bourrelet annulaire, sonore, crépitant au palper, non douloureux, sans exagération de la rougeur existante.

Dès la nuit suivante, amélioration nette : diminution des souffrances, sommeil, appétit, augmentation des urines, etc. Le lendemain matin la rougeur a rétrocédé, le pouls et la température s'abaissent, la phlegmasie est définitivement arrêtée.

Tout l'intérêt de l'observation est dans cet arrêt subit du phlegmon. Faut-il le rapporter à l'action de l'eau oxygénée? M. Dubujadoux avoue qu'il est impossible de conclure d'un fait isolé et il n'en possède qu'un seul jusqu'ici. Nous imiterons sa réserve.

Un mot encore. Pour abréger la longueur de la réparation et obtenir des cicatrices moins étendues, notre collègue a pratiqué la réunion par suture d'une grande partie des plaies bourgeonnantes résultant de ses incisions. Presque constamment il a réussi. Nous croyons que sa conduite était rationnelle et qu'à l'occasion elle devra être imitée. Grâce à ses soins intelligents, le cavalier P... était presque complètement guéri au bout de quelques semaines. Seule une plaie du creux poplité dut être traitée par la résection des tissus bourgeonnants, la libération des adhérences musculaires et la suture. Au bout de quatre mois, il persistait encore une atrophie générale du membre et quelques troubles circulatoires après une station verticale un peu prolongée.

M. Dubujadoux nous a déjà envoyé des travaux nombreux et intéressants; il me paraît digne d'être inscrit des premiers sur la liste de nos futurs correspondants nationaux.

M. Monod. — Comment les injections ont-elles été pratiquées?

M. Chauvel. — Dans le tissu cellulaire sous-cutané. Elles ont été au nombre de quinze ou seize.

M. Terrier. — L'observation rapportée par M. Chauvel est intéressante, mais il est regrettable qu'elle ne contienne pas de renseignements sur la nature des agents infectieux qui ont produit le phlegmon diffus. On sait en effet que l'eau oxygénée exerce nne action destructive spéciale sur les microbes anaérobies. J'ai opéré une jeune Canadienne qui, à la suite d'une appendicite, avait eu un phlegmon diffus gangreneux de la région lombaire. L'examen bactériologique démontra que ce phlegmon était produit par des anaérobies et l'action de l'eau oxygénée fut des plus remarquables. Mes collègues, MM. Brun et Jalaguier, ont, d'après mes conseils, appliqué l'eau oxygénée à des cas analogues et s'en sont bien trouvés.

M. Lucas-Championnière. — Les effets de l'eau oxygénée sont complexes ; elle a une action réductrice sur tous les organismes vivants, qu'ils soient aérobies ou anéarobies. En matière de septicémie, il n'est pas nécessaire de savoir si les microbes sont aérobies ou anaérobies, il est un fait clinique certain, c'est que l'eau oxygénée est très efficace, quelle que soit la nature des agents infectieux.

M. Jalaguier. — Sur le conseil de M. Terrier, j'ai employé l'eau

oxygénée dans trois cas d'abcès péri-appendiculaires d'une fétidité extrême, et la guérison a été beaucoup plus rapide que dans des cas semblables traités autrefois par les antiseptiques vulgaires.

M. Terrier. — J'insiste sur ce fait que ce n'est pas empiriquement que j'ai employé l'eau oxygénée. Après avoir appris de plusieurs bactériologistes, M. Roux en particulier, que les microbes étaient anaérobies dans les phlegmons de ce genre, j'ai conclu logiquement à l'usage de l'eau oxygénée.

M. Lucas-Championnière. — Je ne veux critiquer ni l'idée théorique qui a guidé M. Terrier, ni sa manière de faire; mais je répète que des expériences déjà anciennes, celles de M. Nocard en particulier, ont démontré l'action très générale de l'eau oxygénée sur des microbes de nature probablement très variée.

L'eau oxygénée a une action destructive dans des circonstances où d'autres antiseptiques échouent complètement. De ce qu'elle est efficace contre les anaérobies, il ne s'en suit pas qu'elle soit inefficace contre les aérobies.

M. Albarran. — Je partage absolument la manière de voir de M. Terrier et je me base sur de nombreux faits de gangrènes urinaires qui sont toujours dues, ainsi que le démontrent les travaux de Coté, à des microbes anaérobies soit isolés, soit associés à des aérobies. Depuis plus d'un an, nous employons l'eau oxygénée à l'hôpital Necker, et les résultats sont des plus remarquables lorsque les gangrènes sont produites par des organismes strictement anaérobies; l'eau oxygénée a aussi ce grand avantage qu'elle n'offre pas les mêmes dangers que d'autres antiseptiques chez des malades porteurs de lésions rénales.

M. Quénu. — J'ai employé l'eau oxygénée, guidé par les mêmes raisons théoriques que M. Terrier, dans mes opérations sur le rectum. On sait en effet que les anaérobies prédominent dans la cavité rectale. Or, dans quelques-unes de mes premières opérations sur le rectum, j'ai observé des phlegmons diffus d'aspect particulier : réaction insignifiante, pas de changement de coloration à la peau, tissu cellulaire sec et couleur feuille morte, pas de suppuration. On me démontra que ces accidents étaient dus à des anaérobies. Pour ce motif, après la communication de M. Championnière à l'Académie de médecine, j'employai l'eau oxygénée et je pus publier une note comparant sa valeur à celle du permanganate, du sublimé, etc. Je crois donc, comme M. Terrier, que

l'eau oxygénée a une action spéciale et élective sur les anaérobies.

M. Tuffier. — J'emploie moi aussi l'eau oxygénée pour les plaies gangreneuses ; mais certaines plaies, les plaies pulmonaires, en particulier, qui communiquent avec les bronches, ne supportent pas l'eau oxygénée. Pour les cas de ce genre, on se sert dans mon service de courants d'oxygène que l'on fait passer dans les trajets anfractueux des plaies pulmonaires, en particulier à la suite des pneumotomies pour gangrène.

On voit du reste, dans les observations de gangrène pulmonaire, qu'il suffit d'un courant d'air pour désinfecter un trajet. Le courant d'oxygène est en pareil cas un puissant moyen de désinfection.

M. Chauvel. — Je ne sais quelle était la nature du pus dans le phlegmon traité par M. Dubujadoux ; tout ce que je puis dire, c'est que ce chirurgien a employé l'eau oxygénée d'après les indications données par M. Championnière à l'Académie de médecine et qu'il a obtenu un excellent résultat.

Présentation de malades.

M. Terrier. — Messieurs, j'ai l'honneur d'appeler votre attention sur la jeune malade que je vous présente ici. Cette jeune fille, âgée de quinze ans qui m'a été adressée par un de nos confrères de province, le Dr Lefèvre, présente sur la partie postérieure du tronc, au niveau des régions sacrée et sacro-iliaques droite et gauche, une tumeur molle, réductible avec aspect éléphantiasique des téguments, surtout à gauche. Çà et là ces téguments sont amincis et laissent voir des vacuoles réductibles et en quelque sorte creusées dans le derme très aminci.

Deplus, des deux côtés, les régions iléo-inguinales sont occupées par une sorte de bourrelet graisseux, mollasse, formé en partie par des ganglions, en partie par l'hypertrophie des parties sous-jacentes aux téguments restés sains.

Il s'agit là, à n'en pas douter, de varices réticulaires très étendues des réseaux lymphatiques cutanés et sous-cutanés. Ces varices ont envahi les troncs voisins efférents et forment, du côté des aines, des adéno-lymphocèles.

Il est à remarquer, qu'il s'agit d'une jeune fille et que la lésion a été constatée à la naissance, un peu à gauche de la région sacrée.

D'abord peu développée, la tumeur de la région sacrée s'est peu à peu étendue, du côté des régions sacro-iliaques, puis a envahi les plis inguinaux et les ganglions de l'aine.

Jusqu'alors, on paraissait assez peu se préoccuper de cette lésion, lorsqu'il y a quelques jours survint un accident qui inquiéta beaucoup notre jeune malade et sa famille.

A la partie externe de la tuméfaction, correspondant à la région sacro-iliaque gauche, il se fit spontanément une petite ouverture et aussitôt il s'écoula, presque en jet, un liquide blanchâtre, ressemblant à du lait. La jeune fille put en recueillir environ un demi verre à bordeaux en quelques minutes. Effrayée de cet écoulement rapide, elle mit le doigt sur la petite lésion et y substitua du papier gommé comme celui des timbres-poste. L'écoulement fut arrêté avec la plus grande facilité par ce petit moyen, et ne s'est pas reproduit depuis.

Le liquide qui s'était ainsi échappé était blanchâtre et ressemblait à du lait, ou mieux encore à du chyle.

Il fut examiné par M. le Dr Bezançon, chef du laboratoire de la clinique de la Pitié. Il compta 7.300 globules blancs par millimètre cube.

La majorité de ces globules est formée de *lymphocytes*, le reste de *leucocytes mononucléaires ;* pas de globules rouges, ni de leucocytes polynucléaires.

L'examen fait trop tardivement, ne permet pas d'affirmer l'absence des leucocytes éosinophiles.

Dans l'intervalle des globules blancs, on trouve de très nombreuses granulations, extrêmement fines, ne se colorant pas par les réactifs histologiques.

Au point de vue histologique, il s'agit donc de cellules de la lymphe normale.

En traitant le liquide par l'alcool à 75° C. additionné de 1/200 de son poids de soude, en y ajoutant de l'éther sulfurique et en agitant le mélange, puis décantant l'éther et le laissant évaporer, on obtient un résidu coloré en jaune formé de substance grasse.

Le traitement du liquide par l'éther seul ne dissout pas la graisse, celle-ci étant entourée d'une sorte de couche de matière albuminoïde que liquéfie la soude dissoute dans l'alcool.

En fait, les tumeurs étendues que porte cette malade sont dues à des varices lymphatiques, des réseaux, des troncs et des ganglions; l'issue du liquide blanchâtre, qui a été analysé, ne laisse aucun doute à cet égard.

Mais il reste un point difficile à résoudre, c'est la thérapeutique de cette affection, actuellement très étendue. C'est sur ce point

que je désirerais avoir l'avis des collègues qui ont pu observer des faits analogues.

J'ajouterai que cette jeune fille, née à Paris, n'a jamais été plus loin dans sa vie, que dans le département du Puy-de-Dôme, à la Bourboule. Toute idée de filariose doit donc être absolument écartée.

M. PIERRE DELBET. — J'ai demandé la parole, mais ce n'est point du tout que j'aie l'intention de donner un conseil thérapeutique à M. le professeur Terrier. Je veux seulement présenter quelques considérations sur l'origine et l'évolution de la tumeur que porte la malade si intéressante qu'il vient de nous montrer.

Cette tumeur est un lymphangiome, un lymphangiome caverno-kystique. Je ne crois pas qu'il y ait de discussion possible sur le diagnostic. Certainement, il ne s'agit pas de lymphangiectasies d'origine filarienne. C'est un lymphangiome congénital, c'est-à-dire, c'est du moins ce que j'ai cherché à démontrer dans mon étude du *Traité de Chirurgie*, une malformation du système lymphatique.

Le premier point sur lequel je veuille insister, c'est le siège de la tumeur primitive. Bien que nous manquions de renseignements tout à fait précis, nous savons qu'elle siégeait dans la région lombo-sacrée, très près de la ligne médiane, sinon sur elle.

C'est là un siège d'élection de malformations complexes du système vasculaire. Il n'est pas rare que la malformation porte à la fois sur les vaisseaux sanguins et sur les vaisseaux lymphatiques. Ce lymphangiome est associé à un hémangiome. Ce sont des formes hybrides que j'ai proposé d'appeler *hémolymphangiomes*. Elles peuvent s'accompagner de productions lipomateuses.

Dans bien des cas, non seulement la malformation porte sur la peau et le tissu cellulaire, mais elle est plus profonde. Le squelette est atteint et, sous la tumeur, il existe un rachischisis. En est-il ainsi dans le cas actuel? Il est difficile de le savoir, car le volume de la tumeur gêne l'exploration profonde. Mais je ne serais pas surpris que dans la région occupée par la tumeur primitive, il y eût une absence de soudure des lames vertébrales. S'il en était ainsi, il pourrait se faire que le lymphangiome se prolongeât jusqu'aux méninges.

Le second point intéressant de ce cas, c'est la marche extensive de la tumeur. Les faits de ce genre sont peu connus, mais ils méritent de l'être, et j'ai eu soin de les signaler dans l'article auquel j'ai déjà fait allusion.

Oui, il y a des lymphangiomes, qui se comportent comme certains hémangiomes, comme les angiomes rouges que Broca a qualifiés d'artériels. Ils tendent à s'accroître; leur accroissement peut être très rapide et se fait souvent par à-coups. Ces poussées se produisent avec une prédilection marquée à deux moments de l'existence : dans les premiers jours qui suivent la naissance et à l'époque de la puberté.

On sait que les angiomes artériels peuvent aboutir à l'anévrisme cirsoïde. Eh bien, je ne puis m'empêcher en présence de ce cas, de penser aux anévrismes cirsoïdes. On trouve en effet, ici, partant de la tumeur, une dilatation considérable des vaisseaux lymphatiques qui va jusqu'aux ganglions de l'aine. Il s'agit vraiment, si j'ose le dire, d'un anévrisme cirsoïde lymphatique.

Quant au traitement de ce cas, il me paraît difficile, à l'heure actuelle, qu'il aurait été simple au début.

On sait que dans les anévrismes cirsoïdes sanguins, il suffit d'enlever la tumeur où se fait la communication anormale entre les artères et les veines pour arrêter et même pour faire rétrograder la dilatation des artères. Malheureusement, on n'entrevoit pas qu'on puisse, avec un lymphangiome, obtenir un effet de ce genre. Cependant, si on se décidait à faire une ablation, je crois qu'il faudrait commencer par agir sur la région ou siégeait la tumeur primitive.

M. Reynier. — Je suis heureux d'avoir vu la malade de M. Terrier, qui rapprochée de l'enfant que j'ai présenté dans la dernière séance, affirme l'existence de ces lymphangiomes d'origine congénitale. Chez cette malade, l'origine paraît moins discutable encore que chez le mien; tandis, en effet, que chez mon malade, j'avais affaire à une tumeur sous-cutanée sans altération de la peau, ici, au début, on note une sorte de petit noevus lymphatique qui a été le point de départ de cette énorme tumeur. Celle-ci paraît nettement constituée par des vaisseaux lymphatiques rappelant, comme l'a dit M. Delbet, l'aspect d'un anévrisme cirsoïde plutôt que celui d'un lymphangiome caverneux. J'ai eu l'occasion d'enlever à la fesse, partant de la région sacrée, une énorme tumeur d'origine congénitale chez un homme de trente ans, mais dans ce cas, j'avais affaire à une tumeur à peu près limitée, formée par des kystes; c'est à cela surtout que l'on donne le nom de lymphangiome caverneux; cela est tout à fait différent de ce que présentent la malade de M. Terrier et mon petit malade. Je ferai remarquer, quant au traitement, que j'ai opéré mon malade, j'ai mis un certain nombre de ligatures qui m'ont paru suffisantes, j'ai eu cependant une récidive au bout de quatre mois.

M. Monod. — Je n'ai pas d'expérience personnelle sur cette question; je dirai seulement que d'après une observation d'angiome grave de la face, communiquée par M. Morestin au Congrès de chirurgie, on pourrait se demander si les injections de chlorure de zinc à 1/10 ne constitueraient pas le seul traitement applicable à la malade de M. Terrier.

M. Terrier. — Je ne crois pas qu'il y ait de communication avec le canal vertébral, et je crois à une tuméfaction superficielle. Quant aux injections de chlorure de zinc dont parle M. Monod et qui m'ont déjà été conseillées par MM. Le Dentu et Théophile Anger, je n'oserais y recourir; je craindrais en effet, étant donné ce renseignement fourni par la malade qu'elle a perdu en quelques minutes un demi-verre à bordeaux de liquide, je craindrais, dis-je, de voir survenir un lymphorragie formidable à la suite de la chute d'une escarre.

M. Kirmisson. — Rien n'est plus instructif que l'étude des résultats éloignés des amputations. A ce titre, j'ai jugé intéressant de vous présenter cette femme qui a subi, à quatorze ans, en 1864, il y a trente-six ans par conséquent, une amputation de Chopart du côté gauche faite par M. Marjolin à l'hôpital Trousseau. Comme vous le voyez, le résultat ne laisse rien à désirer au double point de vue de la forme et de la fonction. Cela tient à ce que le lambeau plantaire a été suffisamment vaste et qu'il n'y a pas eu d'inflammation; aussi le moignon a-t-il conservé une mobilité parfaite; il n'y a pas trace de rétraction du tendon d'Achille, aucun renversement du moignon. Ce fait suffit à prouver que, bien exécutée, l'amputation de Chopart est une excellente opération.

Cancer du rectum. Guérison maintenue sans infirmité après cinq ans.

M. Quénu. — Je présente ce malade, âgé de soixante et onze ans, que j'ai opéré à l'hôpital Cochin le 18 janvier 1895 pour un cancer de l'ampoule rectale. J'ai employé comme voie d'accès, l'incision para-sacrée de Zukerkandl; comme traitement du bout rectal, j'ai abaissé, suivant le procédé de Hochenegg, le bout supérieur jusqu'à l'orifice anal en conservant le sphincter; l'exérèse avait été large, l'excavation sacrée vidée de ses ganglions.

La guérison survint en dépit d'un peu d'infection qui nécessita

la désunion de la plaie, et elle survint sans persistance de trajet fistuleux.

J'ai suivi le malade depuis cinq ans. Deux ans après j'ai enlevé un petit bourgeon près de l'orifice anal, mais ce bourgeon examiné histologiquement ne présentait aucun caractère néoplasique. Ce malade ne travaille plus beaucoup parce qu'il est vieux, mais il fait encore des demi-journées (fait des moulages de plâtre); il va facilement à la selle, n'a de légère incontinence qu'en cas de diarrhée. Le toucher rectal permet de vérifier qu'après cinq ans il n'existe aucune récidive, ni aucun point suspect.

L'examen histologique de la tumeur à été soigneusement fait et vous pouvez en trouver des dessins dans le 2e volume de la *Chirurgie du rectum*, aux figures 18, 21, 22, 24 et 25.

M. Potherat. — Au point de vue de la survie des opérés de cancer du rectum, je puis citer le cas d'un malade opéré en 1879 par Trélat. Au bout de sept ans, ce malade était sans récidive, mais il avait un rétrécissement cicatriciel. L'examen histologique pratiqué par M. Latteux avait démontré qu'il s'agissait d'un épithélioma cylindrique.

M. Le Dentu. — Je puis citer un cas non moins encourageant. Il s'agit d'un malade opéré par moi en novembre 1891, d'un épithélioma tellement étendu que j'avais hésité à l'intervenir. Ce malade qui habite Vernon, était encore en très bonne santé il y a trois mois. Le malade était âgé de quarante-cinq ans.

M. Bazy. — L'âge a une très grande importance au point de vue de la survie des opérés pour cancer. Il faut remarquer que l'opéré de M. Quénu est âgé de soixante et onze ans.

M. Potherat. — Le malade de M. Trélat avait soixante-sept ans.

M. Reclus. — J'ai observé une survie encore plus considérable chez un notaire opéré en 1889. Il n'avait pas cinquante ans à cette époque. Il est encore vivant et exerce toujours sa profession de notaire.

M. Pozzi. — Je puis citer aussi une opération de Kraske à la suite de laquelle le malade est resté guéri pendant trois ans. Au bout de ce temps, la récidive se produisit et il mourut un an après.

M. Quénu. — Je n'ai pas présenté ce malade au point de vue

spécial de la survie; je pourrais en montrer d'autres; j'ai, par exemple, un malade opéré depuis neuf ans et trois mois et qui se porte très bien. C'est un homme de cinquante ans. Du reste, à part de rares exceptions, on n'observe guère le cancer du rectum que sur des sujets touchant à la cinquantaine ou l'ayant dépassée.

Cure radicale des hémorroïdes.

M. Delorme présente un militaire qu'il a opéré il y a huit mois pour des hémorroïdes externes et internes, par l'excision circulaire de la muqueuse rectale. Ce cas, avec bien d'autres, servirait, au besoin, à affirmer la valeur de cette opération qui a été contestée ici l'année dernière.

Cet homme, depuis quatre ans, présentait un très volumineux bourrelet hémorroïdaire circulaire avec prolapsus de la muqueuse altérée, selles douloureuses et sanglantes. Le résultat est aussi satisfaisant que possible : anus normal, sphincter résistant, selles normales. Au toucher rectal, on constate sur la partie postérieure du rectum une bride plate, transversale, de 1 à 2 centimètres de longueur linéaire. C'est la seule, l'insignifiante trace qui reste de mon intervention.

Je serais très heureux de voir ceux de nos collègues qui ont mis en doute la valeur de cette opération constater le résultat que j'ai obtenu sur ce malade.

M. Morestin présente : 1° Un cas d'amputation interscapulo-thoracique, pour chondrome de l'humérus ;

2° Un cas de perforation intestinale consécutive à un étranglement herniaire ; réduction par le taxis. Péritonite diffuse. Laparotomie. Suture de la perforation. Guérison.

M. Souligoux présente un malade opéré pour une hernie interstitielle étranglée avec ectopie testiculaire.

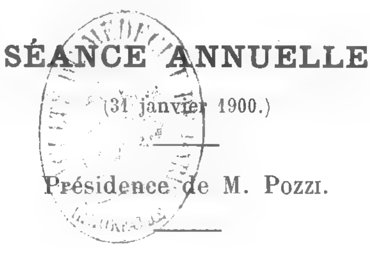
Le Secrétaire annuel,

Ad. Jalaguier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE ANNUELLE

(31 janvier 1900.)



Présidence de M. Pozzi.

DISCOURS DE M. S. POZZI

Président sortant.

Mes chers collègues,

Il y a deux ans, presque jour pour jour, mon prédécesseur et ami M. Delens, en quittant le fauteuil présidentiel, constatait l'insuffisance de votre salle de séances, et vous souhaitait de rencontrer un généreux donateur qui vous permît de mieux vous installer, afin de recevoir plus dignement vos hôtes, au moment de l'Exposition.

Ce bienfaiteur providentiel n'est pas survenu, mais, grâce à votre propre initiative, le vœu de M. Delens a pourtant été accompli. La nouvelle demeure de la Société de chirurgie est actuellement en rapport avec son importance scientifique. Un bail à très long terme nous a rendus locataires d'un hôtel spacieux qu'un habile architecte, M. Tellier, a complété par la construction d'un bel amphithéâtre adossé à l'édifice primitif. Désormais, nous sommes à l'aise, non seulement pour nous réunir, mais encore pour installer la superbe bibliothèque de Nélaton, que son fils nous a libéralement offerte, et à laquelle se sont joints modestement les débris de collections dépareillées qui, jusqu'ici, constituaient notre seul avoir. Les frais d'installation ont été couverts par une souscription parmi les membres de la Société : le premier inscrit avait été M. Charles Monod.

Je remercie, au nom de tous ceux qui s'intéressent aux progrès de la Chirurgie française, les donateurs présents et futurs. Qu'il me soit permis de signaler spécialement, au nombre des principaux d'entre eux, notre excellent éditeur M. G. Masson, qui a tenu, une fois de plus, à montrer quels liens cordiaux l'attachent à la famille médicale.

Je veux enfin rendre ici un public hommage à notre dévoué trésorier M. Walther. C'est grâce à son zèle, à son activité, à sa dextérité financière — presque égale à son habileté opératoire

— que nous devons de ne pas avoir manqué une occasion unique et d'avoir mené à bien de délicates négociations.

Messieurs, vous allez entendre tout à l'heure notre secrétaire annuel vous présenter le résumé de vos travaux pendant l'année passée. Je n'aurai garde d'empiéter sur ses attributions et de vous fatiguer de vaines redites. Je veux pourtant insister sur un point dont l'importance me paraît hors de pair.

Vous avez tous présente à l'esprit la belle discussion sur l'appendicite, qui a occupé plusieurs de nos séances. Vous vous souvenez que pendant que nous cherchions à préciser ici les indications opératoires de cette affection, nos collègues, les médecins des hôpitaux, étudiaient le même sujet, soit dans leur Société, soit à l'Académie de médecine; de telle sorte que ces discussions parallèles réagissaient l'une sur l'autre et s'éclairaient réciproquement.

N'êtes-vous pas frappés, Messieurs, de ce fait nouveau, de ce véritable signe des temps? La distinction séculaire entre médecins et chirurgiens en a été momentanément effacée, à tel point que les plus *interventionnistes* ne se sont pas toujours rencontrés dans cette enceinte, et que notre bistouri a été précocement sollicité par tel qu'on eût pu croire, de par son origine, devoir être au nombre des *expectants*.

Grâce à cette entente cordiale ont été, sinon inaugurés, au moins singulièrement consolidés, les nouveaux rapports qui existent entre deux sœurs autrefois ennemies et trop longtemps rivales, la médecine et la chirurgie. Désormais, elles ont compris l'immense bénéfice d'une collaboration plus étroite, et sans pouvoir encore prévoir le moment idéal où elles seraient confondues, nous sommes en droit d'affirmer qu'elles se prêteront de plus en plus un mutuel appui.

Ainsi, par une sorte de synthèse supérieure, la spécialisation initiale des sciences aboutira partout, comme couronnement naturel de leur évolution, à leur solidarité progressive, à leur « interdépendance croissante ». Telle est la loi générale, pour les idées comme pour les êtres vivants, magistralement mise en lumière par Herbert Spencer, dans son beau livre sur les *Principes de la Biologie*. Il semble que nous ayons assisté ici en quelque mesure, à l'aurore de ce jour futur, et c'est pourquoi j'ai voulu en saluer les premières lueurs.

Conformément à l'usage, je vous donnerai de rapides indications sur les changements survenus, pendant l'année qui vient de s'écouler, dans le personnel de notre Société.

Vous avez désigné M. Richelot comme président, M. Reclus

comme vice-président, M. Segond comme secrétaire général, et M. Gérard Marchant comme secrétaire annuel. Leurs qualités à la fois brillantes et solides vous sont connues, et toute louange languirait auprès de pareils noms.

Mon éminent prédécesseur M. Berger est devenu membre honoraire.

Je souhaite, de nouveau, cordialement la bienvenue à nos distingués collègues, MM. Rochard, Albarran, Beurnier, élus membres titulaires, ainsi qu'aux nouveaux membres correspondants nationaux, MM. Delanglade (Marseille), Loison (armée), Malapert (Poitiers), Tédenat (Montpellier). Vous avez nommé associés étrangers des chirurgiens entourés de l'estime universelle et animés pour notre pays de sentiments sympathiques, MM. Jonnesco (Bucarest), Matlakowsky (Varsovie), Paci (Pise), Mayo-Robson (Leeds), Rydygier (Lemberg), et Souchon (Nouvelle-Orléans).

Enfin, je vous rappellerai la liste trop longue de nos deuils : Alfred Marchand, notre excellent collègue; Poncet (de Cluny), un de nos plus anciens et de nos plus estimés membres honoraires; Mayor et Paget, nos vénérables associés étrangers; nos chers correspondants Binaud et Azam (de Bordeaux), Assaky (de Bucarest).

Tous, jeunes ou vieux, laissent un nom inscrit honorablement dans nos Bulletins, véritable Livre d'or qui en conservera la mémoire.

En terminant, Messieurs, je cherche en vain une formule nouvelle pour vous remercier.

Comme tous mes prédécesseurs, je ne puis que vous dire combien vous avez rendu la tâche de votre président agréable et facile par l'urbanité de vos discussions. Certes, la Société de chirurgie, peut être placée au nombre des *Templa serena* dont parle le poète. Au milieu du bruit croissant de la rue et de la place publique, à une époque où, trop souvent, la violence tient lieu de raison et les injures d'arguments, votre savante compagnie continue avec tranquillité son œuvre sérieuse et durable. Vous n'avez jamais oublié ici, que la discussion ne doit pas être une bataille aveugle où chacun se soucie seulement des coups qu'il porte, mais qu'elle doit être bien plutôt un effort commun vers la vérité, où les contradicteurs luttent pour s'éclairer mutuellement plus encore que se vaincre.

Henri Heine raconte qu'en Chine, lorsque deux cochers du Céleste Empire se rencontrent avec leurs voitures dans un passage étroit, et que les roues s'accrochent, ils ne se fâchent point, ils ne jurent point, mais qu'ils descendent tranquillement de leur siège, font beaucoup de génuflexions et de révérences, tâchent

ensuite ensemble de dégager leurs roues, après quoi, ils se font de nouveau la révérence, se disent adieu et continuent leur route...

Personne ne peut s'étonner, mes chers collègues, que vos doctes discussions n'aient pas moins de courtoisie que les conflits vulgaires de cochers chinois. Et pourtant, il faut bien l'avouer : combien « je dis des plus huppés » devraient actuellement prendre modèle sur eux, autant que sur vous!

Veuillez excuser la longueur de cette allocution qui, je ne me le dissimule pas, aurait gagné à être plus brève. Aussi bien, accorderez-vous peut-être quelque indulgence à la prolixité finale de celui qui n'aura plus désormais l'honneur de vous parler du haut de ce fauteuil et qui — *in extremis* — n'a pu résister au désir de prolonger ainsi les derniers instants de sa présidence.

Je donne maintenant la parole à M. le secrétaire annuel pour la lecture du compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1899.

COMPTE RENDU DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ

PENDANT L'ANNÉE 1899,

par M. Routier, secrétaire annuel.

Messieurs et chers Collègues,

Sans discuter, suivant l'usage adopté par la plupart de mes prédécesseurs, l'utilité plus ou moins grande du rapport annuel que vous doit votre secrétaire, je vais essayer de rappeler brièvement devant vous, nos travaux de l'année qui vient de s'écouler.

Je n'aborderais cette tâche qu'en tremblant si je n'escomptais d'avance la bienveillance à laquelle vous m'avez habitué et qui m'a singulièrement facilité la rédaction de nos Bulletins pour 1899; vous le savez, il est fort difficile d'être complet et d'être bref; plus difficile encore, quel que soit l'intérêt des travaux de notre Société, d'en faire une récapitulation intéressante.

Tout change avec le temps, même et surtout la chirurgie. Depuis plusieurs années, nous n'en sommes plus aux longs mémoires qu'on trouve dans les premiers volumes de notre collection, le temps est même passé, où, grâce aux audaces que vous permettait la méthode antiseptique, vous pouviez communiquer presque à chaque séance des opérations hardies, des procédés inédits, qui marquaient chaque fois une conquête nouvelle de notre art; après

la grande poussée d'il y a quelques années, vraie renaissance chirurgicale, il semble qu'il y ait un moment d'arrêt, on jette un coup d'œil en arrière, on perfectionne, on finit ce qu'on avait commencé, on compte les succès.

C'est ce qui explique sans doute pourquoi vous avez abandonné en partie les questions théoriques d'étiologie et de pathogénie, pour celles plus directement intéressantes des résultats; aussi, les présentations de malades sont-elles aujourd'hui singulièrement en faveur.

Elles tiennent une large place dans vos Bulletins; vous avez amené ici, en effet, plus d'une centaine de malades dont plusieurs montraient vraiment la puissance de la chirurgie.

Vous avez apporté près d'une cinquantaine de pièces anatomiques provenant surtout de vos opérations.

Je relève enfin vingt-huit communications et trente-deux rapports.

Malades, pièces anatomiques, communications, rapports, ont tous ou presque tous entraîné des discussions intéressantes que je vais tâcher de passer successivement en revue.

Une courte communication de notre collègue *Poirier*, datant de l'année passée, a soulevé des débats qui ont rempli les séances des premiers mois de l'année.

Vous vous rappelez certainement cette longue discussion sur le traitement de l'appendicite à laquelle tous ou presque tous vous avez pris part : n'attendez pas de moi que je la renouvelle, ni que j'essaie de vous classer en interventionnistes radicaux ou opportunistes, comme cela a été fait, je ne vous crois pas aussi divisés; après avoir relu tout ce que vous avez dit là-dessus, je reste persuadé que ceux d'entre nous qui paraissent être les plus divergents, s'accorderaient sur la conduite à tenir, si on les mettait en face des mêmes malades; ceux-ci y auront toujours gagné un point capital, c'est que l'appendicite est devenue sans conteste aujourd'hui, et pour leur plus grand bien, une maladie d'ordre chirurgical.

Sans quitter le cæcum, je vous rappelle le très intéressant rapport de *Gérard Marchant* sur les rétrécissements purement inflammatoires de la région iléo-cæcale, et les pièces de tuberculose et de cancer de cet organe présentées par *Guinard*, *Tuffier* et *Monod*.

Rappelant le rapport que j'avais fait précédemment sur l'occlusion par torsion totale de la masse intestinale signalée par *Delbet*, j'ai pu vous communiquer un cas très curieux de torsion de l'S iliaque que j'ai guéri par la laparotomie. *Michaux*, *Delbet*, *Walter*, *Robert* ont à leur tour rapporté des cas analogues.

L'estomac est encore un organe conquis à la chirurgie; vous l'avez bien montré :

Poirier, *Tuffier*, *Hartmann*, *Quénu*, *Ricard* ont apporté ici des cas de résection totale ou presque totale de cet organe et, souvent, nous ont montré leurs malades qui paraissaient, momentanément du moins, en très bon état.

Hartmann, *Tuffier*, *Ricard* nous ont en outre présenté plusieurs cas de pylorectomie.

Il semble que l'ablation de la tumeur cancéreuse, de la linite elle-même, dont l'autonomie semble bien précaire aujourd'hui, soit plus favorable au malade que la gastro-entéro-anastomose; cependant, plusieurs d'entre nous ont pu citer des cas où cette opération, palliative il est vrai, leur avait donné de grandes satisfactions : *Schwartz*, *Routier*, *Picqué*.

A propos de la gastro-entéro-anastomose, on s'est occupé de la disparition des tumeurs qu'on avait signalée après ces opérations, et on a particulièrement insisté sur la manière de poser un diagnostic exact de ces tumeurs, *Tuffier*, *Poirier*, *Guinard*, *Bazy*, *Reynier*, *Ricard*, *Hartmann* sont venus apporter ici le résultat de leur expérience; il paraît certain que, sauf les cas de lésions inflammatoires simples, les tumeurs stomacales ne disparaissent pas, mais se cachent sous le thorax et n'en continuent pas moins leur évolution funeste.

La gastro-entéro-anastomose pour ulcère, au contraire, donne des résultats parfaits et durables. *Routier*, *Marchant* en présentant leurs malades, ont soulevé une discussion à laquelle ont pris part *Hartmann*, *Quénu*, *Tuffier*.

Comme toujours, la gastrostomie a soulevé quelques discussions, à propos de la technique à employer : cependant plus que jamais l'accord semble se faire, et vous paraissez admettre que le procédé le plus simple est généralement le meilleur. *Monod*, *Routier*, *Schwartz*, *Tuffier*, *Segond*, *Lucas-Championnière*, *Quénu*, *Michaux* ont tous cité des cas de gastrostomie simple et d'estomac continent et ont souvent présenté des malades à l'appui de leur assertion.

Les contusions et les plaies pénétrantes de l'abdomen ont été l'occasion de communications ou de présentations de malades guéris, par *Bazy*, *Pozzi*, *Reclus*, *Reynier* et *Thiéry*, *Tuffier*, *Potherat*, *Guinard*, *Quénu*, d'où résulte la confirmation de la règle adoptée aujourd'hui par vous tous, à savoir que dans les plaies pénétrantes de l'abdomen, il faut intervenir aussi vite que possible.

Un rapport de *Berger* sur les hernies congénitales, avec discussion surtout à propos de la conduite à tenir vis-à-vis des testicules

a soulevé un court débat entre *Michaux, Lucas-Championnière* et *Bazy*.

Un malade présenté par *Monod*, parce qu'il avait eu de l'occlusion due à une épiploïte plastique qui avait succédé à une cure radicale de hernie, a conduit *Reynier*, *Tuffier*, *Th. Anger*, *Guinard*, *Reclus*, *Berger*, *Pozzi*, *Hartmann* à citer des faits analogues et à en chercher la cause dans la substance employée pour les ligatures; les soies très fines, ou surtout le catgut, semblent, d'après les divers orateurs, mettre à l'abri de cet accident.

C'est encore *Monod* qui, par sa communication sur la cure chirurgicale des hémorroïdes, a provoqué une longue discussion, chacun de nous venant défendre sa pratique, d'où il paraît résulter qu'on peut et qu'on doit bien guérir les hémorroïdes, par des procédés divers, soit qu'on pratique le Whitehead ou ses dérivés comme *Monod*, *Reclus*, *Quénu*, *Delorme*, *Picqué*, *Delbet*, *Poirier*, soit que, comme *Pozzi*, *Tillaux*, *Ollier*, *Berger*, on se serve exclusivement de la cautérisation ignée; soit que, comme *Schwartz*, *Routier*, *Bazy*, *Tuffier*, *Potherat*, on soit éclectique et qu'on joigne le bistouri au thermocautère; je ne quitterai cependant pas cette question sans vous rappeler que *Nimier* a rapporté ici deux cas de rétrécissement du rectum à la suite de l'application du Whitehead, et que *Poirier* en a cité un troisième.

Une observation d'imperforation ano-rectale de *Delanglade*, une autre de M. *Castan*, ont été l'objet de deux rapports courts et substantiels de *Broca*, qui a discuté avec *Kirmisson* sur le danger qu'il y a à rechercher le rectum à travers l'anus plus ou moins bien développé.

Delorme a préconisé devant vous la résection de la muqueuse du rectum pour combattre sa procidence, il ne craint pas d'en enlever 30 et 80 centimètres.

Enfin, quelques considérations sur les corps étrangers de l'œsophage, sur l'usage de la radioscopie, sur les dangers de l'emploi du panier de Græfe ont permis à *Segond*, *Reclus*, *Lucas-Championnière*, *Poirier*, *Kirmisson*, *Delbet* de venir donner leur opinion.

Guinard, grâce à une observation de *Faure*, est revenu sur un sujet qui lui paraît cher, la pancréatite, il n'a pas eu d'écho.

Le traitement des kystes hydatiques du foie a été remis en question par *Delbet* qui, à propos d'un malade, et plus récemment dans son rapport sur un travail de M. Jonnesco, est venu défendre son procédé de capitonnage; *Segond* croit que la marsupialisation est plus souvent de mise, *Tuffier* préfère la méthode de Bobroff, qu'il semble avoir modifiée, nous dit *Hartmann*, du reste la discussion vient de se ranimer, et mon successeur aura certainement à vous en parler dans son rapport.

J'ai pu vous présenter un malade opéré pour la 3e et 4e récidive de kystes hydatiques du foie, chez lequel j'ai dû, pour compléter l'opération, enlever la vésicule biliaire ; et aussi quelques cas de cholécystites calculeuses simulant des sténoses pyloriques; *Monod* vous a montré une vésicule biliaire tellement distendue qu'on l'avait prise pour un kyste de l'ovaire, elle contenait 934 calculs.

A propos d'un rapport de *Nélaton* sur la néphrotomie employée contre l'anurie, *Bazy*, *Routier* ont cité des cas analogues; c'est une opération aujourd'hui classique.

Reynier, *Tuffier*, *Albarran*, *Walther*, *Routier* vous ont présenté des malades ou des pièces se rapportant à la néphrite calculeuse, à l'épithéliome du rein, aux tubercules.

La maladie polykystique du rein a soulevé une discussion entre *Tuffier*, *Bazy*, *Albarran*, *Hartmann* et *Reynier*. Ces orateurs n'ont fait que confirmer les données acquises sur la matière.

Les lésions traumatiques de la vessie nous ont valu une communication intéressante de M. *Fontan* (notre correspondant), qui fut amené à lier l'artère fessière, et un rapport de *Picqué* sur une observation de M. *Delamare*.

Malgré la longue et consciencieuse communication de *Pousson* sur la prostatotomie et la prostatectomie, la guérison de l'hypertrophie prostatique et des troubles qu'elle entraîne est encore à trouver.

La tuberculose du testicule, si fréquente, a été l'objet d'une intéressante et longue discussion, née, comme pour l'appendicite, d'une communication de la fin de l'année passée faite par *Reynier*.

Tous ou presque tous vous y avez pris part et je devrais citer la plupart des membres de la Société. Il semble cependant que de cette discussion, il soit sorti ce résultat capital, c'est qu'au point de vue moral aussi bien qu'on point de vue de sa sécrétion interne, le testicule est un organe très important à conserver ; que d'autre part, sa suppression totale y compris l'ablation du cordon et même de la vésicule ne mettent pas mieux à l'abri des récidives que les opérations les plus économiques ; il y a donc avantage à se contenter de la destruction du foyer tuberculeux le plus souvent épididymaire; la résection partielle ou totale de l'épididyme est une opération facile, bénigne, qui semble réunir aujourd'hui la majorité de vos suffrages.

La résection du scrotum pour la cure du varicocèle nous a valu la description d'une variété nouvelle de suture par *Lejars*, et la présentation par M. *Tillaux* d'un nouveau clamp dû à M. *Hovnanian*. L'emploi de l'un excluant l'autre, je laisse à chacun le soin de choisir.

La gynécologie n'a pas tenu cette année sa place habituellement

prépondérante dans nos Bulletins; cependant plusieurs questions capitales ont été traitées, combien plus intéressantes ici que dans une autre enceinte où la discussion ne vient ni corriger ni mettre au point des communications qui ne craignent pas les dangers de la critique.

Non contents des résultats obtenus par l'hystérectomie vaginale pour la cure du cancer, un certain nombre de chirurgiens, dans le but louable de poursuivre le mal jusque dans ses propagations ganglionnaires ont pensé que la voie abdominale leur permettrait d'atteindre cet idéal. A la fin de l'année dernière, *Picqué* lisait un rapport sur ce sujet, et se basant plus sur ses lectures que sur sa pratique personnelle, concluait à la gravité plus grande de la voie abdominale, qui, vous le savez, depuis les désastreuses tentatives de Freund, avait été complètement abandonnée. Malgré les faits rapportés par *Reynier*, *Ricard*, *Terrier*, *Michaux*, *Schwartz*, l'ablation de l'utérus cancéreux par la voie haute reste une opération grave; *Terrier* ajoute que si les résultats immédiats sont bons, il ne croit pas que les résultats éloignés soient sensiblement meilleurs que ceux qu'on obtient par l'hystérectomie vaginale; en sorte que *Segond*, *Richelot*, *Routier*, qui restent partisans de l'hystérectomie vaginale, mais ne l'appliquent qu'à des cas bien déterminés où la mobilité de l'utérus leur fait espérer que les lésions n'ont pas dépassé l'organe, ne peuvent pas pour cela être regardés comme très réfractaires au progrès.

Reynier, à propos du traitement de l'hématocèle rétro-utérine, a ranimé une discussion qui avait eu lieu ici en 1896 sur le même sujet.

Ayant eu après incision du cul-de-sac postérieur des hémorragies inquiétantes, il rejette absolument ce procédé pour n'accepter que la laparotomie. *Lucas-Championnière* s'est rangé à cette opinion.

Bouilly, *Pozzi*, *Routier*, *Potherat*, *Picqué*, *Tuffier*, *Delbet* restent partisans de la colpotomie, réservant la laparotomie pour la grossesse extra-utérine rompue ou en voie d'évolution.

La grossesse extra-utérine paraît plus fréquente que jamais. *F. Hue*, *Pozzi*, *Routier*, *Tuffier*, *Hartmann*, *Gérard Marchant*, *Reynier*, *Auvray*, *Michaux*, *Morestin*, nous ont présenté des pièces et aussi des malades sauvées par une laparotomie rapide des dangers immédiats causés par ces hémorragies formidables désignées sous le nom d'inondation péritonéale.

Les lésions de l'appareil vasculaire ont provoqué une présentation de malade par *Ricard* qui, pour une plaie longitudinale de l'axillaire, avait fait la suture; la persistance du pouls semblait montrer que l'artère avait conservé sa perméabilité.

Chauvel a lu un rapport sur un cas d'anévrisme artério-veineux de la fémorale guéri par la ligature des quatre bouts, par M. *Collas*.

Routier, *Potherat* vous ont présenté des malades atteints de la même lésion et guéris par la même méthode.

Gérard Marchant nous a montré un beau succès, qu'il a obtenu chez un malade atteint d'un gros anévrisme de la sous-clavière droite et du tronc innominé par la méthode de Brasdor.

La question du trépan, reprise par *Tuffier* à propos d'une façon particulière de traiter les lambeaux de la dure-mère pour obtenir plus sûrement l'hémostase et la décompression, a provoqué des revendications de la part de *Lucas-Championnière* qui, depuis longtemps dans le même but, préconise les trépanations larges. *Reynier*, *Schwartz* ont présenté des malades de cet ordre.

Les mastoïdites, les otites, les abcès intracraniens ont été l'objet de rapports de *Broca*, de *Schwartz*, qui préconisent la voie mastoïdienne.

Un rapport de *Quénu*, à propos d'une observation de *Beurnier* sur la sérothérapie intracranienne du tétanos, a provoqué la communication des faits que vous avez tous pu observer, et nous montre qu'il y a encore fort à faire avant d'avoir trouvé le remède de cette terrible maladie.

Un cas de pneumatocèle du crâne, consécutive à une otite moyenne suppurée, a été l'occasion d'un rapport de *Berger*, suivi de quelques observations de *Kirmisson*.

Poirier nous a fait connaître un nouveau procédé pour la résection du nerf maxillaire supérieur; *Guinard*, *Potherat* ont défendu le procédé Loossen-Braun vulgarisé par *Segond*.

Schwartz, *Quénu*, *Michaux*, *Sieur* ont cité de beaux résultats obtenus dans certaines fractures de la clavicule par la suture des deux bouts ; *Guinard* nous a lu un rapport sur un cas de fracture des deux clavicules traité aussi avec succès par la suture. Je vous rappelle enfin le rapport de *Richelot* sur la résection de la clavicule par *Morestin*, accompagné d'une belle figure.

Les fractures de la jambe et du radius ont permis à *Chaput*, à *Schwartz*, à *G. Marchant* de nous apporter ici des radiographies intéressantes.

La radioscopie a aussi été utilisée par *Robert* pour la fracture du col huméral compliquée de luxation, dont le diagnostic est d'habitude si difficile.

Tuffier a étudié, par cette même méthode, la réduction et la consolidation des fractures, et nous a montré que la réduction parfaite, dans les fractures fermées suivies de déplacement, devait être exceptionnelle, mais que fort heureusement le résultat fonctionnel était très supérieur à la réduction ; *Lucas-Championnière* a fortement

insisté sur l'abus qu'on a fait de la radiographie et a bien montré qu'à l'image fausse du cal s'ajoutait une interprétation le plus souvent fausse aussi, et presque toujours malveillante. Il faut qu'on sache bien qu'un cal de fracture bien soignée est le plus souvent, sinon toujours, difforme, et que le point capital dans le traitement des fractures, c'est le rétablissement de la fonction.

Potherat nous a lu un rapport intéressant sur l'emploi de la thyroïdine pour favoriser la consolidation des fractures; il semble y avoir là un élément nouveau qu'il faut encore étudier; *Guinard*, *Poirier* ont cité des observations.

Les ostéomes musculaires, surtout ceux du brachial antérieur, ont été l'objet d'un rapport par *Picqué*. *Monod*, *Nimier*, *Poirier* vous en ont montré des exemples, leur pathogénie a surtout été l'objet de vos préoccupations; il semble qu'il n'y ait pas une pathogénie unique et que tantôt on a affaire à une exostose, tantôt à un véritable ostéome.

Les ruptures du triceps crural vous ont amené à vous prononcer pour ou contre la suture immédiate; dans les deux camps on a pu présenter des malades parfaitement guéris. *Poirier* a montré cependant un état du tendon tel, qu'on n'aurait sans doute pas eu un succès sans la suture.

Monod a présenté une malade, *Brun* a porté des radiographies pour montrer l'efficacité du procédé de Lorenz dans la réduction des luxations congénitales de la hanche; *Kirmisson* a fait des réserves.

Nélaton, dans un rapport sur une observation de *Legueu*, a rappelé combien l'ablation de l'astragale luxé en totalité donne d'excellents résultats; *Reynier* et *Berger* ont rapporté des faits analogues.

La résection dans la coxalgie nous a valu une intéressante communication de *Nélaton* qui a tenté de remettre cette opération en honneur; pas un seul d'entre nous, sauf *Schwartz*, n'a pu lui répondre sur la résection de la hanche dans la coxalgie des adultes, la discussion s'est établie entre chirurgiens d'enfants :

Félizet a vanté la résection qu'il emploie d'une manière courante; *Kirmisson*, au contraire, défendant les méthodes conservatrices, a fait une charge à fond contre la résection; *Ménard* (de Berk), *Phocas* (de Lille), qui ont aussi essayé de la résection, considèrent cette opération comme un pis-aller. Quoi qu'il en soit, *Nélaton* nous aura rendu le service de réveiller notre attention sur ce point si délicat de thérapeutique chirurgicale.

Pour ce qui a trait à la chirurgie générale, je trouve une courte note de *Tuffier* sur l'anesthésie par la cocaïne injectée dans le canal médullaire au niveau de la queue de cheval; il paraît avoir

entraîné *Chaput* dans cette voie; un long mémoire de *Picqué* sur les rapports de la chirurgie avec l'aliénation mentale, et une communication de *Quénu* sur l'asepsie opératoire, suivie de sa statistique. Notre président, M. *Pozzi*, nous a aussi communiqué sa statistique de dix ans.

Tel est, messieurs et chers collègues, l'exposé certainement incomplet de vos travaux pour 1899; laissez-moi vous dire que cette année n'est inférieure aux autres ni pour la quantité ni pour la qualité des matières qui ont été traitées ici; j'ajoute que l'obligation pour votre secrétaire de vous écouter pendant les séances et surtout l'obligation de lire attentivement ce que vous aviez dit avant de le livrer à l'impression, loin d'avoir été pour moi une corvée, m'a souvent intéressé et toujours instruit.

MAISONNEUVE

(1809-1897)

par le Dr PAUL RECLUS

Secrétaire général

MESSIEURS,

Maisonneuve avait depuis si longtemps quitté Paris que, quand la nouvelle de sa mort nous arriva de province, un de nos livres classiques l'avait enseveli déjà dans le panthéon des chirurgiens illustres. L'évocation de sa mémoire ne réveillera donc ni haines ni passions. Un long apaisement s'est fait qui nous rend mûrs pour la justice et c'est en toute sérénité qu'on peut juger son œuvre entrée dans l'équitable histoire.

Jacques-Gilles Maisonneuve naquit à Nantes, le 10 novembre 1809, dans cette vieille bourgeoisie dont les papiers deviennent si complaisamment les parchemins d'une noblesse « authentique ». La branche de notre Maisonneuve resta fidèle à sa bonne roture; elle se distingua dans le barreau, l'administration, la médecine. L'aïeul, lui aussi, Jacques-Gilles, était en 1785, sous-maire et chef des échevins; le grand-oncle, François, docteur en théologie et recteur de Saint-Étienne de Montluc, fut, en 1789, député aux États généraux; il émigra en Espagne en 1792, rentra en France en 1802 et mourut, dix ans plus tard, curé de Sainte-Croix. Le

père du chirurgien, avoué d'une honnêteté scrupuleuse, était un esprit fin, délicat, un philosophe aimable qui laissait volontiers les décisions et la responsabilité à sa femme, Similienne Leroux, dont un vieux daguerréotype nous montre la physionomie résolue; elle dirigea d'une main ferme la barque familiale et sut élever ses six enfants dans la simplicité de jadis.

Nous ne savons presque rien de l'enfance de Jacques : il était intelligent, appliqué, d'une rare décision, d'un imperturbable sang-froid. Un jour que les frères jouaient ensemble, un d'eux tombe à l'eau; les aînés courent affolés vers la maison pour chercher du secours, tandis que Jacques, bonhomme de cinq ans, lui tendait une perche et le ramenait tranquillement au bord. Plus tard, à peine adolescent, il donnait à ses parents la mesure de sa volonté en refusant, sec et net, de rentrer à la Psalette où on l'avait humilié d'un coup de férule; sa mère, qui s'y connaissait en entêtement, comprit qu'il fallait céder au têtu : on l'envoya au collège de Vannes. Il y terminait, à seize ans, d'excellentes études. Il revint alors à Nantes et entra à l'école de médecine dont les palmarès sont pleins de ses succès; la première et la deuxième année, il obtient le premier prix; la troisième, il est nommé premier expectant; la quatrième, on le voit premier externe et premier interne. Il ne lui reste plus d'adversaire : vainqueur de tous dans sa ville natale, il lui faut un champ de bataille plus glorieux, et en 1829, à vingt ans, il débarque à Paris.

Il y triomphe encore : en 1830, il entre aux hôpitaux comme externe et conquiert, en 1831, le premier prix; cette même année, le voici interne, le cinquième de cette belle promotion où Barth tient le premier rang, Grisolle le troisième et Nélaton le sixième; en 1834, il est prosecteur des hôpitaux, à vingt-cinq ans, et dès 1836, à vingt-sept, il concourt pour le Bureau central. Nous ne savons rien de sa vie au temps de ces fortes études : il ne reste de ses collègues d'internat que le Dr Hache, nonagénaire vert et solide, dieu merci! mais il connut à peine Maisonneuve. On nous dit qu'il fut ardent au plaisir comme au travail : au commencement du mois, quand arrivait la pension paternelle, il s'amusait jusqu'au dernier sou, puis retournait, la bourse vide, à l'hôpital, à l'amphithéâtre, à sa chambre encombrée de livres, à la table tempérante du restaurateur Rousseau « l'aquatique ».

Son ambition était sans limite et capable, disait-il, de soulever le monde; mais il remplissait strictement ses devoirs professionnels : sa conduite, pendant le grand choléra, fut vaillante : on dit même qn'il coucha dans le lit d'un cholérique pour donner du cœur aux lâches. Il racontait souvent que, au début de l'épidé-

mie, on lui avait promis une médaille d'or qui devint d'argent, puis de bronze à mesure que déclinait le fléau. Ses rapports avec ses camarades étaient parfois étranges : l'un d'eux fut pris d'une fièvre typhoïde; il le soigna jour et nuit, sans repos, mais le malheureux mourut. « Eh bien, maintenant, s'écria Maisonneuve, divertissons-nous! » Ce stoïque se donna souvent les apparences de l'égoïsme; toute sa vie, il fut un solitaire, étudiant sans amis et maître sans élèves; et tel il fut dans sa jeunesse, tel dans sa vieillesse, retiré à la Roche-Hervé comme un sanglier dans ses chênaies bretonnes.

Ses deux maîtres — car, quoi qu'on en ait dit, Maisonneuve eut des maîtres — furent Dupuytren et Récamier. Dupuytren avait bien accueilli le jeune externe, dans l'attitude et dans les yeux duquel il lisait une ardente admiration : les grands arbres laissent croître à leur pied les herbes et la mousse; plus tard, la jalousie eût pu naître et la mort précoce de Dupuytren prévint peut-être l'animosité entre ces deux esprits trop personnels. Quant à l'empreinte de Récamier, elle fut profonde sur Maisonneuve : l'élève lui dut la foi, si rare à cette époque, dans l'efficacité de la thérapeutique et la puissance de la chirurgie. Classer les maladies et déterminer leurs lésions, semblaient alors le dernier mot de la science. Récamier, lui, crut qu'on doit chercher à guérir. Sa vie fut une lutte, jamais lasse, contre toutes les agressions du mal physique; il ne craignit pas de s'attaquer au plus redoutable de tous, au cancer, mais il ne put que rêver à la solution de ce problème que notre génération n'ose même pas aborder.

On comprend l'influence d'un tel homme sur l'esprit à la fois ardent et pratique du jeune Breton. Récamier fut aussi grand chirurgien que médecin; il créa la gynécologie par l'invention du spéculum, le curettage de l'utérus, l'effondrement du cul-de-sac postérieur dans les suppurations pelviennes, l'hystérectomie vaginale, qu'on nomme à bon droit l'opération de Récamier; il découvrit le frémissement hydatique, proposa la ponction exploratrice dans les kystes, imagina leur ouverture au travers des adhérences provoquées par les caustiques; il guérit les fissures par le massage cadencé et, bien avant Brandt, il préconisa les bains froids dans les pyrexies. Ces découvertes ne suffisant pas à son activité, il obtint la chaire du Collège de France pour y exposer sa philosophie vitaliste; avec Lacordaire, avec Ozanam, M[me] Swetchine il suscita le grand mouvement religieux qui suivit la révolution de Juillet. Ce grand médecin reste un grand catholique et il nous donne le rare spectacle d'un cerveau puissant où la science agit sans se heurter, je ne dis pas à la morale chrétienne, mais au dogme de la Révélation.

Son œuvre fut féconde, mais souvent prématurée : dans le livre magnifique où Paul Triaire dresse sur le piedestal qu'elle mérite la noble statue de Récamier, l'auteur se plaint que les chirurgiens du temps aient « méconnu » l'hystérectomie vaginale; elle fut en effet frappée du plus complet « discrédit » et ne nous revint d'Allemagne qu'en 1882. D'après nous, ce discrédit était juste : ces interventions, qui font notre orgueil, ne pouvaient réussir dans un milieu contaminé : à cette époque, autant d'opérés, autant de morts, et l'on critique à tort celui qui disait, vers 1870, qu'enlever à Paris un kyste de l'ovaire était l'acte d'un criminel. Maisonneuve, lui aussi, n'a pas toujours mesuré « le possible actuel » et plusieurs de ses opérations les plus vraiment géniales naquirent avant leur temps. Mais du moins, Maisonneuve sut mieux que Récamier quel est le grand ennemi qu'il faut combattre : tout en pratiquant des opérations hasardeuses, il proclame que la chirurgie ne peut rien si, avant tout, elle ne supprime pas les complications des plaies; aussi raille-t-il les plus grands maîtres, Dupuytren, Roux et Lisfranc, de se laisser absorber « par le futile perfectionnement des procédés opératoires ». Qu'importe l'élégance manuelle tant que le monstre n'est pas vaincu.

En 1842, Maisonneuve avait été nommé chirurgien du Bureau central. C'était un anatomiste consommé et un opérateur hors ligne. Sa mémoire était assez rebelle; aussi avait-il dû, pour ses concours, apprendre moins dans les livres que par des dissections sans cesse reprises et dont il classait, dans son cerveau, le tableau méthodique; il voyait, sous les téguments, l'enchevêtrement des organes, au travers desquels il plongeait son bistouri avec une rare sécurité. Comme son collègue Denonvilliers, il avait profité des cadavres que le choléra accumulait dans les amphithéâtres pour s'exercer sans fin aux ligatures et aux amputations. Son internat sous les grands chefs l'avait rompu à l'examen des malades. Aussi, lorsqu'il franchit en maître le seuil des hôpitaux, quand il fut à la tête d'un service, fort de son intelligence, de son savoir, des idées nouvelles qu'il sentait sourdre en lui, il prit le droit de parler haut; comme les voies déjà tracées ne le tentaient pas, comme il croyait seulement à ce qu'il avait vu et à ce qu'il avait fait, comme il ne s'arrêtait guère à l'opinion des autres, fussent-ils les princes de la Science ou les rois de l'École, il livra dès les premiers jours de terribles batailles où il ne daigna jamais compter les coups donnés et reçus.

Il commença la série de ses recherches originales par un mémoire sur les fractures du péroné dont il établit, par des expériences sur le cadavre, les divers mécanismes et les diverses

variétés; il traça l'histoire, encore inconnue, des luxations du sternum et, dès 1845, il imagina cette admirable opération, l'anastomose intestinale, qu'il exécuta sur des animaux vivants. L'idée était neuve d'ouvrir l'anse située au-dessus de l'obstacle dans l'anse au-dessous pour rétablir le cours des matières et supprimer l'humiliante infirmité qu'entraîne l'orifice anormal de Littre et de Callisen; mais l'opération fût stérile, car, comme l'hystérectomie de Récamier, et plus encore que l'hystérectomie, elle était née avant son heure. — Cette anastomose, qui rend aujourd'hui de tels services fut traitée de rêve vain par les praticiens d'alors, puisque le seul fait d'ouvrir le péritoine tuait infailliblement le malade. Aussi Maisonneuve ne tenta jamais l'opération sur l'homme : plus tard, sous le couvert de l'antisepsie, l'honneur devait en revenir à Wœlfler.

D'autres découvertes eurent un intérêt plus immédiat : Maisonneuve pratique la première blépharorraphie, et cette idée de coudre les paupières pour assurer le succès de certaines autoplasties a fait depuis un rapide chemin. Récamier avait proposé pour combattre la fissure anale « le massage cadencé », opération bizarre et de pratique étrange, mais de succès incontestable. Maisonneuve reconnut vite qu'ici la cadence n'avait rien à faire, ni le massage du sphincter, et que les bons résultats étaient dus à l'élargissement provoqué par le passage successif des doigts : de là son procédé de la dilatation forcée, adopté par tous les chirurgiens. Il montre les bénéfices qu'on retire de la ligature de la carotide externe; il lie, le premier, l'artère vertébrale; s'il ne sectionne qu'après Rhéa Barton le col du fémur dans l'ankylose angulaire, il substitue l'ostéoclasie à l'ostéotomie, manœuvre admirable puisqu'elle remplace par une fracture fermée, à peu près innocente, la fracture ouverte si meurtrière en ces temps de septicémie. Une seule de ces découvertes eût consacré la célébrité d'un chirurgien, et nous mentionnons à peine ses thèses sur le périoste, sur la coxalgie, les kystes de l'ovaire, les tumeurs de la langue; ses mémoires sur le dragoneau, sur un nouveau procédé de taille rectale, sur la gangrène foudroyante; sa statistique sur près de 12.000 cas de hernies.

Ces conquêtes n'étaient pas sans offenser bien des dogmes, et les dogmes ne succombent qu'après de dures batailles. Maisonneuve les livrait avec rudesse, sans mesurer la force et même la légitimité des coups qu'il portait. Il allait seul dans le combat, sans se ménager d'alliés, insouciant de savoir sur quelle tête il frappait. Malgré « ce splendide isolement », il prétendait conquérir les hauts sommets de la hiérarchie. Il se heurtait à l'impossible et la place de chirurgien des hôpitaux devait être sa suprême

victoire; encore mit-il six ans à la remporter : sa première tentative est de 1836, sa nomination de 1842. En vain concourt-il pour l'agrégation en 1836 et en 1844, pour le professorat en 1845 et en 1849; c'est sans jamais réussir qu'il se présente à l'Institut, qu'il frappe à la porte de l'Académie de médecine; toujours et partout il échoue, et jusqu'à sa mort il reste simple chevalier de la Légion d'honneur. Certes, l'œuvre scientifique du candidat l'emportait sur celle de bien des concurrents, mais les académies se flattent d'être des « salons », et Maisonneuve y eût été parfois un hôte incommode.

Même s'il fut membre de la Société de chirurgie, la chance y contribua grandement. Bien que fondée par l'illustre Bérard, notre compagnie fut, à son aurore, une œuvre d'opposition dédaignée par les maîtres; peu voulurent compter parmi les fondateurs; ils furent seize dont Maisonneuve. Encore ne lui fit-on pas la vie facile; elle lui devint même insupportable lorsque la jeune école pénétra dans le cénacle avec Broca, Verneuil, Follin, Lefort et Trélat. Maisonneuve y vit ses observations critiquées au nom de l'anatomie pathologique. « L'examen micrographique a-t-il été fait? lui criait-on. — Non! — Eh bien, votre cas ne vaut rien. » On contestait ses prétentions à la priorité et nos émules de Malgaigne avaient bientôt trouvé, dans la littérature nationale ou étrangère, des précurseurs à ses découvertes; on allait même jusqu'à douter de ses statistiques. Voilà pourquoi, peu aimé des anciens et peu estimé des nouveaux, ce chirurgien vraiment illustre ne fut pas admis à la présidence qui, chez nous, est, pour ainsi dire, automatique et se décerne d'après l'ordre de réception. Il déserta nos séances; plus tard, il refusa de payer ses cotisations, et ce membre fondateur, le seul avec René Marjolin qui survécût en 1894, ne fut pas convoqué au cinquantenaire de notre Société.

Ces hostilités n'intimidèrent pas Maisonneuve : il multiplia ses découvertes et nous arrivons à la plus merveilleuse : l'urétrotome. Un demi-siècle a passé depuis cette invention : enthousiasme et malveillance ont également disparu; c'est donc froidement, sans parti pris comme sans exagération, que nous prononcerons ici le mot de génie. Les littérateurs et les peintres le prodiguent à Ambroise Paré pour avoir étreint d'un fil, sur une plaie opératoire, des artères que, depuis quinze siècles, on liait dans les plaies accidentelles; le problème posé devant Maisonneuve était bien autrement ardu : porter le fer à l'aveugle au fond d'un canal mobile, long, irrégulier, étroit; couper les tissus malades, à foyer unique ou multiple, et ne couper qu'eux seuls sans blesser la trame saine, tels en étaient les termes redoutables.

Tous les Œdipes de la chirurgie avaient essayé de répondre à l'énigme et la solution la moins mauvaise était peut-être l'urétrotome à lame cachée de Reybard, dont cependant on ne comptait plus les méfaits. L'urétrotome de Maisonneuve, lui, est simple, élégant, rapide, innocent, même dans des mains inhabiles; c'est la perfection, c'est l'idéal, et, pour le construire, il fallait accumuler les inventions, imaginer la bougie filiforme que l'on repousse dans la vessie, le conducteur, le pas de vis qui les unit, la lame triangulaire émoussée à son sommet et coupant à l'aller comme au retour, la sonde à demeure ouverte à ses deux bouts : tout autant d'idées lumineuses. Pour Buffon, le génie n'est qu'une longue patience; l'urétrotome exigea dix ans de recherches et, pendant cette décade, Maisonneuve « y pensa toujours ».

En 1863, lorsque l'Académie de médecine dut attribuer le prix d'Argenteuil, de la valeur de 20.000 francs, « à celui qui aura trouvé le meilleur traitement du rétrécissement de l'urètre, » l'urétrotome était parfait, tel qu'il est aujourd'hui. Maisonneuve se mit sur les rangs. Nous avons déjà dit à quel degré le grand chirurgien était un collègue peu aimable, sujet à de vifs écarts de polémique : il avait répondu à un maître éminent, un praticien hors pair qui se plaignait de la mortalité nosocomiale : « Il n'y a pas de mauvais hôpitaux, il n'y a que de mauvais chirurgiens », et au jeune élève Guyon, qui lui demandait quel service il fallait suivre : « Paris n'a que deux chirurgiens, Chassaignac et moi; encore Chassaignac n'est-il qu'un imbécile. » Et puis les journaux vantaient trop souvent ses cures merveilleuses. Certaine résection sous-périostée courut toute la presse, et on put lire partout l'histoire de ce jeune homme qui avait trois tibias, deux à ses jambes et un dans sa poche. Dans ses cliniques, Maisonneuve s'écrie « qu'il faudrait pressurer bien des siècles pour y trouver une telle récolte de découvertes de premier ordre », et c'est la liste de ses propres inventions qu'il déroule. Certes, il n'était ni modeste, ni réservé, ni courtois; mais ces défauts n'avaient rien à faire avec le prix d'Argenteuil. L'Académie commit un déni de justice : elle ne décerna pas le prix, elle accorda 6.000 francs à Bourguet, d'Aix, et, à titre de récompense, 1.500 francs à Dolbeau, à Mathieu, le fabricant d'instruments, à Thompson, et enfin à Maisonneuve. Il eût été plus digne de le passer sous silence.

Dès lors, ce fut la guerre au couteau : Voillemier, son grand adversaire, qui opposait la divulsion à l'urétrotomie, prétendit que l'instrument nouveau n'avait jamais guéri le moindre rétrécissement; et même, lorsque dans un canal quelconque, il consta-

tait une coartation, il n'oubliait pas de dire : « Maisonneuve a passé par là ». Celui-ci d'ailleurs compromettait son œuvre ; il exagérait la bénignité de l'urétrotomie, dangereuse encore alors, sous le règne de l'infection purulente ; à la consultation, devant les médecins de la province et de l'étranger, il ordonnait aux malades de s'opérer eux-mêmes ; il passait la bougie, vissait le conducteur, plaçait la lame dans la main du patient et criait : « Poussez ferme comme la baguette dans le fusil », puis il renvoyait le malheureux, et longue fut la liste des accidents. L'un d'eux est resté célèbre : Maisonneuve avait raconté que son opéré, pour constater une fois encore les facilités si heureusement reconquises, s'était arrêté dans un édicule des Champs-Élysées ; mais il fut pris de fièvre urineuse et mourut. Horteloup le sut et l'imprima tout chaud dans un opuscule qu'il terminait par cette phrase que j'atténue : Je ne demanderai pas à M. Maisonneuve dans quels Champs-Élysées son malade est allé... se soulager. — Ces attaques n'ont pas nui à l'urétrotome : il est aujourd'hui dans toutes les mains, et son fabricant, M. Collin, évalue à près de cent mille ceux qui, de Paris, ont été exportés dans toutes les parties du monde.

Un autre titre, sa lutte contre l'infection purulente, assure à Maisonneuve une grande place dans la chirurgie de ce siècle. Il fut le précurseur qui reconnut le mieux la nature du mal, et tandis que les hypothèses les plus incohérentes se heurtaient dans nos classiques, il affirmait, lui, l'origine infectieuse des complications des plaies : le traumatisme ouvre une brèche à l'organisme ; un poison pénètre qui s'élabore dans la lymphe et le sang morts du foyer vulnéré, et c'est de là qu'il chemine pour envahir l'économie entière. Et, sur cette étiologie, pour lui indiscutable, il édifie une thérapeutique, souvent brutale, mais dominée par la hantise de la septicémie. Le bistouri laisse les vaisseaux béants et la phlébite y entre ; aussi accumule-t-il les méthodes qui divisent les vaisseaux en les oblitérant : il énuclée, il écrase, il broie, il morcelle, il déchire, il brûle les tissus vivants, il ne les coupe plus ; le bistouri est remplacé par les écraseurs, les ligateurs de toutes formes et de toutes tailles, les garrots, les diaclastes, les ostéoclastes et tous les caustiques liquides et solides. Maisonneuve poussa si loin la réforme qu'il voulait amputer la cuisse par ces procédés. M. Collin, nous a montré, dans un vieux fond, les engins de cet arsenal d'un autre âge. L'Assistance publique épouvantée pria Maisonneuve de les proscrire de son service où ils terrorisaient les malades.

Avec sa claire vision de la septicémie, Maisonneuve comprit, dès cette époque, le rôle du pansement pour neutraliser sur la plaie

le poison venu de l'extérieur. Il usa d'abord de l'alcool, dont il aspergea les blessures; il en mettait partout et l'on raconte sa fureur lorsqu'un jour, rentrant après quelques semaines de vacances, il trouva, repeints à neuf, les murs de son service. « Idiote administration, s'écria-t-il, mes salles étaient déjà culottées d'alcool et tout est à recommencer. » Plus tard, son élève Parisel, qui fut membre de la Commune, lui révéla l'acide phénique. La doctrine était donc parfaite. Mais quels en furent les résultats? Excellents — déclare Maisonneuve, et, il ne craint pas d'écrire que sa mortalité opératoire n'atteint pas 2 à 3 p. 100! Par quels inconscients subterfuges, par quelle subtile combinaison de chiffres arrivait-il à « solliciter » ainsi les faits et à forger des statistiques si favorables? Nous nous l'expliquons d'autant moins qu'un de nos maîtres actuels constatait, dans les registres du service de Maisonneuve à la Pitié, et pour la seule urétrotomie interne, un décès sur trois opérés.

Comment concilier la faible mortalité accusée par Maisonneuve avec sa chirurgie aggressive? Par une sorte de gageure, il intervenait dans les cas les plus désespérés. Lorsque Velpeau voyait une tumeur dont les racines plongeaient en région trop dangereuse, « Maisonneuve seul, disait-il, vous l'extirpera »; et les nouveaux-venus du Bureau central dirigeaient vers le service de l'Hôtel-Dieu tous les cancers jugés inopérables. Maisonneuve ne reculait pas : il désarticulait la mâchoire inférieure tout entière, les deux maxillaires supérieurs, enlevait l'ethmoïde lui-même, liait la vertébrale, atteignait avec ses flèches caustiques — aussi aveugles, disait-on, que celles de l'Amour — les néoplasmes de l'amygdale et du pharynx; il appliquait son urétrotome agrandi au rétrécissement de l'œsophage, il réséquait le poignet, le coude, le genou; en 1848, il extirpait un kyste de l'ovaire et, plus tard, des cancers utérins à la manière de Récamier; il amputait plus de membres que ses collègues; il coupait tout, et si largement, les morceaux qu'il détachait du tronc étaient tels, qu'à son nom reste attachée la plaisanterie classique : « Monsieur, demande l'interne, quelle est la partie du malade qu'il faut rapporter dans son lit? »

On le nommait communément le Paracelse de la chirurgie; je voudrais récuser pour lui cet hommage douteux. Je sais bien que l'un et l'autre eurent beaucoup d'envieux et si Paracelse fut appelé charlatan, imposteur, menteurissime, athée, suppôt du diable, ivrogne, bandit et castrat, Maisonneuve fut assez couramment traité d'assassin; l'un et l'autre, comme attaque ou comme riposte, eurent souvent recours à un vocabulaire un peu vert, encore Maisonneuve s'arrêtait-il d'ordinaire à l'épithète d'imbé-

cile que Paracelse eût trouvée faible pour répondre à ses adversaires. Mais si, comme Paracelse, Maisonneuve eut peu d'élèves — et nous ne lui connaissons guère que Reliquet et Saint-Germain, — du moins aucun des deux n'est mort de la main du bourreau, comme moururent les vingt et un disciples de Paracelse. Ce que ces deux hommes ont eu vraiment de commun, c'est un large orgueil, leur ardeur révolutionnaire, le mépris des sentiers battus, l'horreur du joug, — et les magnifiques découvertes dont ils ont enrichi la science.

D'après le portrait qu'en ont tracé les contemporains, Maisonneuve était petit, trapu, mais bien musclé et d'une force physique telle qu'il s'amusait, dans son service, à luxer une grosse molaire d'un coup de pouce. Il conserva cette vigueur jusqu'à l'extrême vieillesse : en 1879, lors du concours qui m'ouvrit les portes du Bureau central, pendant une visite de candidat, il m'expliquait sa méthode de réduction des luxations du bras ; pour les besoins de la démonstration il me saisit la main et avant que je me fusse reconnu, ce septuagénaire m'avait déjà chargé sur son épaule. Son aspect n'avait rien de banal et sans un nez trop court à pointe retroussée, sa figure aurait eu grand caractère : ombragé de longs cheveux, le front était haut ; les yeux magnifiques, d'un bleu noir, s'allumaient d'une flamme ardente pendant la discussion ; la bouche était large et bien dessinée, le menton ferme, et la physionomie respirait l'intelligence, la réflexion, la perspicacité, la volonté indomptable.

Chaque matin il entrait dans son service d'un pas martial, son éternelle calotte de velours violet sur la tête ; il fendait la foule de ses auditeurs, confrères de province, étudiants cosmopolites, médecins de tous les pays ; il ne parlait guère à ses élèves, qu'il écartait pour faire place aux étrangers : il accueillait mal ses internes, il fut même parfois brutal avec eux ; aussi étaient-ils de première année et les derniers de la promotion. Un de nos plus spirituels collègues, qui devint ainsi l'élève de Maisonneuve, dut le premier jour, au premier lit, rapporter l'histoire du malade. Son accent et son attitude contournée amusèrent Maisonneuve qui lui dit d'un air narquois : « Mon petit cadet de Gascogne, savez-vous ce qui distingue l'homme du singe? » « Oui » répondit le cadet, très crâne, mais prêt à entendre éclater le tonnerre, « oui, Monsieur, c'est la politesse ». La foudre ne tomba pas, et même Jupiter sourit ; il invita l'interne, qu'il accueillit bientôt comme un fils et les traits qui révèlent l'âme intime du terrible maître, c'est de cet élève, Labadie-Lagrave que nous les tenons : il concourait au Bureau central ; le jour de la dernière épreuve, Maisonneuve, son juge, se fracture le péroné ; il s'applique sa fameuse attelle plâtrée et, malgré la dou-

leur, il se rend à la séance pour assurer le succès de son candidat.

L'amphithéâtre était son vrai milieu; et à cette époque où les graves interventions étaient rares, on assistait à ses opérations comme au drame le plus poignant. Seul, presque sans aide, il saisit le patient qu'il endort à peine; de sa rude main il maîtrise toute révolte, et, sans s'arrêter aux cris, il pénètre dans le vif, il tenaille les os et les tranche d'un coup de ses cisailles longues d'une coudée; pas une manœuvre manquée, pas un mouvement inutile, pas un effort exagéré; le sang cache la plaie, le patient va défaillir et le spectateur s'émeut, mais un nouveau coup ébranle la tumeur, un dernier l'abat et Maisonneuve, dont le visage impassible s'éclaire de la flamme des yeux, la jette à ses pieds sans que l'accident le plus imprévu, la complication la plus grave aient altéré un instant la lucidité de son regard, la sûreté de sa main, étonné son audace ou déconcerté cette présence d'esprit qui répare ce qu'elle ne peut pas prévoir. Aussi, ceux-là même qui le nommaient le grand boucher de l'Hôtel-Dieu et l'assassin du bord de l'eau, devaient proclamer son incomparable maîtrise.

Certes, ce sont là de très beaux dons, mais nous ne concéderons jamais qu'ils font, à eux seuls, le grand chirurgien. Je ne sais quels esprits étroits ont exalté dans Maisonneuve non l'inventeur génial de l'urétrotome, non le lutteur ardent qui harcela l'infection purulente, mais l'audacieux prédécesseur de ceux qu'aucune intervention n'arrête, et qui ne craignent pas que les prouesses de l'opérateur aient pour rançon la vie de l'opéré. Le roman et le théâtre nous montrent leur docteur Gaude ou leur Caresco, les châtreurs de *Fécondité*, les greffeurs de cancers de *La Nouvelle idole*, semant la mort autour d'eux pour le plus grand profit de leur fortune ou de leur gloire. Et par un odieux paradoxe cette tuerie serait un « Mal nécessaire », un droit conquis à la faveur des lois muettes; il serait licite de se faire la main sur le vil troupeau des hommes, pour acquérir, maigre profit, en vérité! cette élégante rapidité qui fera de nous l'opérateur prestigieux.

Certains rhéteurs défendent cette doctrine avec un tranquille cynisme, et l'année dernière, une grande Revue a publié une « psychologie du chirurgien » dont voici quelques citations textuelles : le vrai chirurgien « aime à verser le sang »; « il ne saurait être sobre d'intervention »; « c'est un merveilleux outil à travailler le vif », « une sorte de bel animal carnassier ». Mais, comme « grisé par l'amour de son art, il perd fatalement un peu conscience de sa responsabilité », l'auteur nous concède que « ce fauve » en liberté parmi les humains, constitue un danger social; aussi, ne lui sera-t-il permis « de se mettre à l'ouvrage qu'après

que les médecins les plus réfléchis auront décidé que l'opération est utile ». A ce misérable idéal du chirurgien, j'opposerai les plus grands de nos maîtres depuis Ambroise-Paré, tous ceux dont le génie fut fait de science, de conscience et de bon sens. J'évoquerai, à notre époque, l'immortelle et paisible figure de Lister. Et quand on me parle avec admiration de ces hommes qui « aiment le sang », je pense à Pasteur, à ses longues hésitations, à ses nuits sans sommeil, à ses angoisses lorsqu'il inocula pour la première fois un obscur berger menacé de la rage.

Maisonneuve avait été, pour ainsi dire, rejeté hors du monde officiel. Si cet ostracisme a ses ennuis, il a des avantages : d'abord l'auréole de la persécution et cet isolement qui semble grandir encore les hautes personnalités. Il devint, sans l'avoir cherché, l'idole lointaine de ceux à qui le destin n'a pas souri ; il fut pour eux « l'exception triomphante » et « le cortège obscur des ratés, » l'opposa avec orgueil aux maîtres de l'Ecole. Sa clientèle se recruta surtout dans l'aristocratie qu'offensaient les tendances libérales de la Faculté. Il était le chirurgien des congrégations. Saint-Germain raconte que, dans un dîner du noble faubourg, un convive hasarda quelques réserves sur le séjour de Jonas dans le ventre de la baleine. « Mais c'est là le miracle, » aurait répondu Veuillot. Maisonneuve, lui, défendit la légende biblique avec tant de verve que l'archevêque de Paris voulut voir le controversiste et, dès ce jour, le monde religieux lui fut d'autant plus ouvert que Nélaton avait été appelé auprès de Garibaldi, le triomphant ennemi du pouvoir temporel du pape. Pourtant, Maisonneuve ne fut pas un vrai catholique; il n'eut pas, comme Récamier, le rare bonheur d'une vie dont les actes reflètent les croyances; épris d'autorité et partisan du trône, il admirait la discipline, la puissante organisation de l'Église, mais il ne pratiquait pas, et jamais il n'entendit la messe pendant les dix-huit ans de son séjour à la Roche-Hervé.

Maisonneuve fit son devoir pendant la guerre franco-allemande; il avait l'Hôtel-Dieu, ses ambulances des congrégations à Vaugirard, et tous les matins, malgré les obus qui labouraient la route, il allait visiter ses blessés. Il ne déserta point Paris pendant la Commune, et c'est seulement la veille de l'entrée des troupes qu'il se décida à quitter ses salles, sur la menace des fédérés. En 1872, il atteignait la limite d'âge, mais soit ignorance, soit mépris des règlements, il prétendit continuer son service; le jour où son successeur vint en prendre possession, le directeur de l'Hôtel-Dieu se tint devant la porte : « Vous voulez donc me mettre dehors par force ! » dit Maisonneuve. « Non, je vous rappelle simplement la loi commune. » Et l'in-

venteur de l'urétrotome quitta les hôpitaux à l'heure même où l'on allait en chasser l'infection purulente. Imagine-t-on ce qui fût arrivé si, au lieu d'en sortir, il y fut rentré à ce moment propice ? L'homme qui avait conçu l'anastomose intestinale n'eût laissé aux étrangers l'honneur de n'importe quelles des opérations nouvelles, orgueil de la chirurgie contemporaine : il eût tout osé, tout entrepris et, sans aucun doute, tout réussi.

En 1845, Maisonneuve avait épousé Mlle Julie Cartier, fille de François Cartier, l'inventeur de l'aéromètre, et descendant, par une branche latérale, de l'illustre breton qui découvrit le Canada. C'était, nous dit un ancien ami de la maison, une femme accomplie qui sut exercer un véritable empire sur son mari ; elle tenait avec une aimable et haute distinction son salon, où se réunirent tant de savants, tant de lettrés et d'artistes. Elle mourut en 1875, emportée en vingt-quatre heures par une fièvre typhoïde. Ce fut un coup terrible pour Maisonneuve, mais il cacha sa blessure, et à un visiteur qui insistait avec émotion sur cette perte irréparable, il répondit sèchement : « Ce n'est pas de cela, j'espère, que vous êtes venu me parler ».

Quatre enfants naquirent de ce mariage, deux filles et deux garçons, dont un seul a survécu, l'ingénieur Similien Maisonneuve. Le père avait le droit d'être fier de ce fils, l'un des défenseurs de Châteaudun. De ses deux filles, une seule lui restait, Mme Terrien de la Haye, sur laquelle Maisonneuve avait concentré le meilleur de son affection; elle était poitrinaire : en octobre 1879, le père apprend que la maladie s'aggrave ; il quitte Paris, sa clientèle, ses travaux, et court en Bretagne soigner ce dernier objet de son amour. Du premier regard il la voit perdue ; elle n'avait plus que quelques mois à vivre; il l'entoure de soins paternels, d'autant plus doux à la mourante qu'ils venaient d'un homme si rude en apparence. Au terme prévu, sans souffrance, heureuse et consolée, elle s'endormit pour toujours.

Malgaigne raconte que le grand Astley Cooper, terrassé par la mort de sa femme, quitta Londres pour finir sa vie dans la paix ; il se retira dans une de ses terres, mais la solitude et l'inaction lui pesèrent d'un poids si lourd que, dès l'année suivante, il reprit sa tâche. Je ne sais si la bataille avait été plus rude pour Maisonneuve et si le goût de la vie revenait plus amer à ses lèvres, mais bien qu'en pleine possession de ses facultés, il resta dans son château de la Roche-Hervé pendant les dix-huit ans que devait durer encore son existence. J'ai voulu voir cette demeure : j'y arrivai un dimanche, par une brumeuse matinée d'automne et, presque jour pour jour, vingt ans après que le père désolé y accourait pour revoir sa fille. Depuis Saint-Gildas-des-

Bois, le brouillard couvrait la campagne; je n'entrevis confusément que pauvres masures, chênaies et châtaigneraies, l'expansion infinie des landes, des prairies, des champs coupés de haies où la bruyère et l'ajonc trahissaient la maigreur du sol ; à travers une brusque déchirure des vapeurs, se dressa tout à coup devant moi la grosse tour d'un château réfléchi dans le tranquille miroir d'un étang. Et je me demandais ce qu'avait pu être, dans ce silence et cette solitude, l'existence du terrible batailleur.

Il n'y vit personne, il n'y reçut ni ami, ni châtelain des environs; il ne se révéla aux propriétaires voisins que par des contestations d'abornement et les limites de son étang ne furent pas fixées sans conflits ; un riverain exerçait, sur une lande, le vieux droit féodal de couper, une fois l'an, quelques charretées de bruyère; Maisonneuve contesta ce droit; un jour il apprit que, malgré sa défense, trois vigoureux gars avaient fauché et chargé le soutrage; il accourut, s'approcha de la charrette qu'on faisait démarrer malgré lui. « Je vous ai dit que vous ne l'emporterez pas ! » s'écria-t-il, et, d'un coup de couteau, il trancha la sous-ventrière du cheval. — Ce fut l'origine d'un procès qu'il perdit.

Mais s'il fut voisin peu commode, les malades furent bien accueillis à la Roche-Hervé; il en venait de partout, de Saint-Gildas et de Missillac, du Pouliguen et de Guérande, de Nantes, de Vannes et de Lorient, à pied, à âne, à cheval, en voiture, en carriole, et même traînés dans la brouette; les malheureux attendaient dans la cour du château, et Maisonneuve pansait et opérait tout, les vieux ulcères, les vieilles caries, les cancers, les loupes, les hernies ; il rompait les ankyloses, redressait les membres tordus, enlevait les cataractes. Un jour, on lui amène un nouveau-né atteint d'un double bec de lièvre à fente palatine. Ses quatre-vingt-deux ans hésitent une seconde, puis sa vieille ardeur se rallume et, avec le seul aide d'une femme, il taille, il coupe, il coud, et refait le nez, les lèvres et le palais; l'enfant cria, téta, et vécut ; il a maintenant neuf ans, et, dans les hameaux, on lui fait réciter ses prières en public, en souvenir du grand chirurgien.

Tous les jours il visitait son moulin à eau et son moulin à vent; il soignait sa vigne avec prédilection et entreprenait de grands travaux agricoles. Au milieu de son étang, sur des îles flottantes, croissaient des arbres qu'on ne savait trop comment porter en terre ferme sur des barques trop légères; lors de son arrivée, en 1879, Maisonneuve profite du froid très vif cette année là; il coupe les bois et prend lui-même sur la glace la tête de la première charrette chargée de troncs et de fagots. Pendant dix-huit ans, quels que fussent le temps et la saison, il sortait en voiture découverte et, plusieurs fois en hiver, il fallut lui

frayer un chemin dans la neige; il saluait les piétons sur les routes, mais ne leur parlait jamais. Vers la fin de sa vie, il emmenait avec lui la fille de son fils, enfant de trois ans en qui survivait pour lui la morte bien aimée, et c'était un spectacle touchant de voir ce vieillard silencieux, tenant dans sa forte main la frêle fillette, heureuse et souriant au grand-père et comme blottie sur sa large poitrine.

A quatre-vingt-huit ans, ses forces diminuèrent tout à coup : son cœur faiblit, sa parole s'embarrassa et de ses facultés d'antan, il ne conserva que sa prodigieuse volonté. Il se sentit mourir et fixa à quelques heures près le terme de sa vie; une dernière fois il se pencha pour embrasser sa petite-fille, puis il parut s'endormir dans son fauteuil et ce fut son dernier sommeil. Au bruit de sa mort la foule des paysans accourut, et pendant trois jours et trois nuits ils entourèrent son lit funèbre; ils venaient, par groupes, des hameaux voisins, ils entraient dans la chambre, aspergeaient le corps avec des branches de buis bénit, et alternaient à voix lente la récitation des prières; puis un vieillard commençait l'histoire des actions étonnantes de cet homme silencieux et fort, aux ordres brefs, au geste prompt, par qui tant d'entr'eux avaient été guéris.

Renan nous parle, dans ses souvenirs, de ces étranges saints du calendrier de Bretagne, sauvages et mal endurants, qui chargeaient à coups de bâton les païens et les hérétiques. La piété populaire ne les chicanait pas sur leurs voies et moyens et s'ils avaient fait quelque bien, protégé le pauvre, secouru le faible, puni le méchant, on leur donnait une place d'honneur dans le paradis du bon Dieu. Peut-être qu'aujourd'hui, à cette heure, ceux qui firent la veillée du mort, ces hommes simples, ces Bretons des hameaux autour de Saint-Gildas ébauchent la légende du rude ermite de la Roche-Hervé : de ses mains brutales et bénies, il pansa les plaies et guérit les blessures ; il fit marcher les boiteux, rendit la vue aux aveugles et dans une gueule d'animal sut pétrir les traits d'une figure de chrétien. — Certes Maisonneuve n'était pas un saint, mais il a fait au moins un miracle, l'urétrotome, et c'est un des plus grands chirurgiens du siècle qui finit.

Prix décernés en 1899.

Le Prix Marjolin-Duval a été décerné à M. le Dr Bigeard, ancien interne des hôpitaux de Paris pour sa thèse de doctorat : *Les hystérectomies totales, vaginales et abdominales, dans le cancer de l'utérus.*

Le prix Demarquay a été décerné à M. le Dr de Bovis, professeur suppléant à l'Ecole de Reims, pour son travail sur *le cancer du gros intestin, le rectum excepté.* Un encouragement de 200 francs est accordé à M. Lardenois, chirurgien des hôpitaux de Reims. Aucun mémoire n'a été déposé pour les prix Laborie et Gerdy.

Prix à décerner en 1900.

Prix Marjolin-Duval (300 fr.). — *A l'auteur* (ancien interne titulaire des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) *de la meilleure thèse de chirurgie publiée dans le courant de l'année* 1899. — Le prix ne peut être partagé.

Prix Laborie (2,400 fr.). — *A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie.*

Prix Ricord (300 fr.). — *A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie ou d'un mémoire publié dans le courant de l'année* et n'ayant pas encore été l'objet d'une récompense dans une autre Société. Les manuscrits pourront être signés.

Prix à décerner en 1901.

Prix Marjolin-Duval (300 fr.). Prix Laborie (2,400 fr.). — Pour ces deux prix, voir les conditions ci-dessus.

Prix Demarquay (700 fr.). — Le sujet proposé est : *Des pleurésies purulentes enkystées.*

Prix Gerdy (2,000 fr.). — Le sujet proposé est : *Anatomie pathologique du cancer de l'estomac envisagé au point de vue chirurgical.*

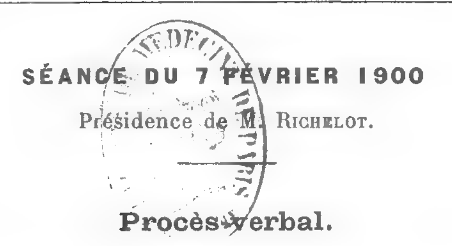
Les travaux des concurrents doivent être adressés au secrétaire général de la Société de Chirurgie, 12, rue de Seine, avant le 1er novembre 1900.

Les manuscrits destinés au prix Ricord peuvent être signés. Pour les prix Laborie, Gerdy et Demarquay, ils seront anonymes et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une lettre renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

Le Secrétaire annuel,

Ad. Jalaguier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 7 FÉVRIER 1900

Présidence de M. Richelot.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Rectification au procès-verbal de la dernière séance.

A propos de l'eau oxigénée.

M. Quénu. — Les Bulletins du 24 janvier me font dire : « pour ce motif, après la communication de M. Lucas-Championnière à l'Académie de médecine, j'employai l'eau oxygénée, etc... » C'est avant et non après, qu'il faut dire. J'ai communiqué en effet ici même, à la Société de chirurgie, le 23 février 1898, une note sur l'emploi de l'eau oxygénée dans la chirurgie rectale et déjà, à cette époque, l'eau oxygénée était employée couramment dans mon service, ainsi qu'en peuvent témoigner mes anciens internes, en particulier pour désinfecter les plaies tétaniques, les phlegmons diffus, les abcès péri-buccaux et pharyngiens, etc.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. Pozzi qui demande à être nommé membre honoraire ;

3° Une lettre de M. Michaux, qui demande un congé ;

4° Une lettre de M. Félizet, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

5° Une lettre de M. Malapert sur une observation de *grossesse tubaire de deux mois, ablation de la trompe, guérison.* La pièce a été remise à la Société. Le Travail sera lu dans la prochaine séance.

6° Un travail de M. Buscaret (de Genève) sur un *adéno-phlegmon sous-maxillaire.* Renvoyé à l'examen de M. Rochard.

7° Un travail de M. Albert (de Vienne), membre associé, sur le *mécanisme de la colonne vertébrale scoliotique.*

La Société vote des remerciements à M. Albert (de Vienne).

A propos de la correspondance.

M. Jalaguier présente une observation de M. Vanverts (de Lille) intitulée : *Seconde crise d'appendicite. Péritonite généralisée. Laparotomie sans ablation de l'appendice. Guérison. Récidive six semaines plus tard. Laparotomie. Excision de l'appendice. Mort.*

Remis à l'examen d'une commission. — M. Jalaguier : rapporteur.

M. Hartmann présente une observation de M. Carlier (de Lille), sur un cas de *Prolapsus complet et irréductible du rectum, tentative infructueuse de réduction par la voie abdominale (dévidement de Jeannel); extirpation au bistouri (procédé de Mikulicz). Guérison.*

Remis à l'examen d'une commission. — M. Hartmann : rapporteur.

Discours de M. Richelot.

Mes chers collègues,

En montant à ce fauteuil, où vos suffrages m'ont appelé, au moment où la Société de chirurgie vient de revêtir ses habits neufs, il me semble que je deviens votre président dans des conditions tout exceptionnelles. Il y a là, je le sais, un simple accident, et pour moi, sans doute, une illusion. Mais nous ne vivons que d'illusions, ou plutôt les illusions seules embellissent notre vie. Il me semble donc que je suis le très jeune président d'une société de chirurgie qui vient à peine d'entrer dans une adolescence active et féconde. L'activité de la Société de chirurgie est chose constante et toujours visible ; la jeunesse du président commence à être un peu plus discutable. Je n'oublie pas, cependant, que l'année dernière,

nombre de suffrages m'ont désigné, qui appartiennent à des esprits jeunes, amis du progrès et de la marche en avant ; ils ont donc pensé que je n'étais pas encore tout à fait au nombre des endormis. Il faut songer, messieurs, que nous entrons dans l'année de l'Exposition, et que plus que jamais l'étranger nous regarde et nous guette. Il faut lui montrer une chirurgie française toujours alerte et toujours sur la brèche. Nous avons le devoir étroit, nous, la génération qui a tiré de l'ornière la chirurgie française dans cette période douteuse qui s'étend des années 1875, 1876, 1877 à quelques années plus tard, de prouver que nous sommes toujours là, que nous n'avons pas assez vieilli pour déserter la lutte et la discussion passionnantes, et que nous portons toujours en nous l'âme de la France reconstituée. Si, au cours de cette année 1900, vous voulez bien m'aider de vos encouragements, moi votre président, mais surtout votre serviteur, si, avec cette bonne humeur qui rend nos réunions si cordiales et en fait pour nous tous, presque des jours de fête, vous répondez aux appels que je vous ferai pour hâter la composition de vos rapports et la lecture de vos travaux personnels, — c'est toujours très beau d'être président de la Société de chirurgie, mais l'avoir été cette année-ci sera pour moi un honneur très précieux et un souvenir doublement aimable. Réjouissons-nous donc pour notre pays, travaillons pour notre part à le glorifier aux yeux du monde, et que bientôt, dans les fastes de la Société de chirurgie, cette année 1900 puisse être marquée d'une pierre blanche.

A l'occasion du procès-verbal.

Des épiploïtes dans l'appendicite.

M. Nimier. — Les faits rapportés par plusieurs de nos collègues établissent que l'on a englobé sous le diagnostic clinique d'appendicite les manifestations de désordres anatomiques constituant des entités distinctes. En particulier, outre les para-appendicites de M. Quénu, il vous a été signalé des cas d'adénites, traces fort probables de lymphangite à point de départ appendiculaire ou cæcal. A côté de ces adénites, il convient, me semble-t-il, de signaler des épiploïtes, non pas l'inflammation de l'épiploon infecté par contact immédiat d'un appendice malade, mais l'épiploïte développée à distance de cet organe. J'ai eu deux fois l'occasion d'observer cette lésion.

Mon premier malade, matelot, âgé de vingt-trois ans, avait eu la fièvre typhoïde à dix ans, et une attaque de rhumatisme à vingt-deux.

En avril 1899, il éprouve une série de crises de coliques avec douleur maximum dans la fosse iliaque droite et séjourne six semaines à l'hôpital.

Le 24 juillet, nouvelle crise de coliques avec diarrhée; il est apporté dans mon service, et vu son état, est opéré d'urgence sur le diagnostic d'appendicite. L'incision est faite parallèle à l'arcade crurale sur une tuméfaction profonde bien nette. Le péritoine ouvert, apparaît une masse épiploïque fluctuante, d'où s'écoule une cuillerée de pus; malgré l'exploration de la fosse iliaque libre, tout autour du noyau épiploïque, la recherche de l'appendice reste infructueuse.

La plaie fut drainée et la guérison survint sans incident. Le 3 septembre l'opéré partait en convalescence.

Chez mon second malade, il ne s'agit plus d'épiploïte suppurée, mais d'épiploïte chronique.

R..., âgé de vingt-deux ans, dans le courant de 1899, éprouve quatre crises de vomissements, douleur iliaque à droite avec température; c'est un constipé habituel.

Le 2 décembre 1899, à la suite d'une nouvelle crise, il entre dans mon service. L'on trouve à la palpation une tuméfaction sensible à la pression, dure, à surface irrégulière, elle occupe la fosse iliaque droite dont elle laisse libre la partie voisine de l'arcade crurale, et remonte jusqu'au rebord costal; elle n'a pas le contact lombaire.

Sous l'influence du massage, fin décembre, la tumeur s'était résorbée, toutefois le malade continuait à se plaindre de souffrir de coliques à son niveau, bien que les selles se fussent régularisées. Aussi le 5 janvier dernier, la laparotomie fut pratiquée sur le bord externe du muscle droit. Celle-ci permit de reconnaître partant de l'épiploon en apparence normal, une bride fibreuse large d'un demi-centimètre, qui croisait transversalement tout à fait à sa partie supérieure, la face antérieure du cæcum à laquelle elle adhérait. Cette bride fut libérée et sectionnée. Quant à l'appendice, il fallut aller le chercher au-dessous et en arrière du cul-de-sac cæcal, il était collé sur la fosse iliaque, très loin de la tuméfaction notée avant l'intervention.

Il fut réséqué, ses parois étaient épaissies et il présentait un rétrécissement situé à un centimètre environ de son extrémité libre.

Ces deux faits m'ont paru intéressants à titre de documents sur l'anatomie pathologique des manifestations inflammatoires dans le péritoine de la région iliaque droite.

Sur les para-appendicites.

M. Bazy. — La présentation par notre collègue M. Loison d'un malade atteint d'un abcès du foie consécutif à une appendicite a soulevé la question des lésions plus ou moins éloignées de l'appendice et plus ou moins en rapport avec lui.

C'est ainsi que l'on a été amené à expliquer les abcès à distance par des adénites suppurées. A propos de ces adénites, mon ami Gérard Marchant a parlé d'adénites pré-cæcales simulant l'appendicite dans lesquelles l'appendice, malgré toutes les recherches, a été trouvé sain, après son ablation et son examen minutieux.

Puis mon ami Quénu a décrit ce qu'il a appelé les para-appendicites, c'est-à-dire des lésions qu'on pouvait considérer, au point de vue clinique ou symptomatique, comme des appendicites et qui avaient leur siège en dehors de l'appendice, dans la région du cæcum, de la valvule iléo-cæcale et la fin de l'iléon.

En effet, plus on étudie, grâce aux opérations nombreuses que chacun de nous a pratiquées, la maladie dénommée appendicite, plus on s'aperçoit que tout en ayant des connaissances plus nettes, beaucoup plus précises, sur l'appendicite, nous trouvons cependant des cas qui, quoique ressemblant cliniquement à l'appendicite, n'appartiennent pas à cette affection.

Quand j'ai voulu, en 1895, revendiquer pour le cæcum une part modeste, il est vrai, réelle néanmoins, de l'influence *exclusive* que l'on accordait à l'appendice, je n'ai guère soulevé que de l'incrédulité et, cependant, je ne dépossédais pas complètement l'appendice ; je ne voulais que lui enlever une toute petite part, lui laissant la plus grosse, de sa puissance.

L'année suivante, en 1896 (*Bull. et Mémoires*, p. 775), je suis revenu sur ce sujet, et je disais :

« Lors de la dernière discussion sur l'appendicite, qui a eu lieu il y a un an parmi nous, je me suis efforcé de réclamer pour la vieille typhlite, bien malmenée et bien oubliée aujourd'hui, le droit à l'existence et, pour le cæcum, le droit de déterminer des lésions tout aussi bien que l'appendice son voisin. J'y ajouterai volontiers, aujourd'hui, la valvule iléo-cæcale et la fin de l'iléon. »

Je basais mon opinion sur des faits et sur des constatations que j'avais faites dans le cours d'opérations. C'étaient bien là des faits de para-appendicite tels que les comprend notre collègue Quénu. C'est la typhlite et la péri-typhlite remises en honneur sous un autre nom.

Voici maintenant un cas de cette variété de para-appendicite

qu'a décrite mon ami Gérard Marchant sous le nom d'adénite pré-cæcale.

J'ai observé, en juillet 1897, un cas que j'avais classé sous la rubrique de tuberculose ganglionnaire *rétro-cæcale* et rétro-colique et que l'événement m'a démontré, je crois, être d'une autre nature. Elle me paraît pouvoir être rapprochée utilement des cas de notre collègue.

Mais, auparavant, je dois dire que j'ai trouvé dans le cours d'opérations d'appendicite des ganglions; j'en ai vu dans le méso-appendice, en avant du cæcum et aussi dans une frange épiploïque dépendant du cæcum. Je les ai extirpés chaque fois, mais sans penser faire autre chose que compléter une opération, sans croire qu'ils étaient pour quelque chose dans la genèse des accidents. Dans le cas suivant, ces ganglions paraissent avoir été tout le mal, et, comme vous allez le voir, ils paraissent s'être montrés avec toutes les allures cliniques de l'appendicite.

Bastard Bog..., dix-sept ans, entrée le 30 juin 1897, à l'hôpital Tenon, salle Delessert, lit 19.

Antécédents hérédidaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — La malade était chétive dans l'enfance, mais depuis l'âge de douze ans, elle se porte assez bien. Elle fut réglée à quatorze ans et très régulièrement. Elle dit rendre avec ses règles de petits morceaux de peau ou de mucosités. Un jour, en jouant avec son frère, elle reçut de celui-ci un coup de pied dans le ventre. Ce coup de pied n'eut pas d'autres conséquences, lorsque le premier mois qui suivit la mort de son père, au moment de ses règles, elle fut prise de vomissements verdâtres, se plaignit de douleurs dans le ventre qui étaient assez intenses pour l'empêcher de remuer la jambe droite. Elle est soignée par un médecin qui lui fait faire des applications de glace sur le ventre. Fièvre très intense qui dure quatre ou cinq jours. Elle entre à ce moment à Saint-Louis pour y être opérée et en sort après deux ou trois jours, les douleurs ayant cessé avec les règles. A ce moment, elle s'aperçut qu'elle avait une tumeur assez volumineuse dans le flanc droit (avril 1897).

Le 30 juin 1897, la malade entre à l'hôpital Tenon dans le service du Dr Bazy; huit jours avant, elle avait été prise de nouveau de violentes coliques. Le ventre est douloureux, principalement dans la fosse iliaque droite.

Température : 38°5 le matin; 38°9 le soir.

Examen. — A l'examen, on constate une tumeur volumineuse et bosselée dans le flanc droit et la fosse iliaque droite, très sensible à la palpation. La malade présente des symptômes d'appendicite. On l'opère le 2 juillet 1897.

Opération. — Incision de 10 centimètres. On ouvre l'abdomen; le côlon ascendant apparaît rosé, légèrement congestionné, il est surélevé et repose sur une masse dure qui s'étend jusqu'à la colonne vertébrale

et en bas vers la fosse iliaque. On reprend le péritoine pariétal, on le décolle; il est très épais et le décollement est assez facile, il permet d'arriver sur les masses rétro-coliques qui sont dures et fermes. La sonde cannelée enfoncée en quelques points pénètre dans un tissu dur, comme sarcomateux. Nulle trace de pus. On referme la cavité péritonéale par un surjet au catgut. On réunit les plans musculaires et un gros drain est laissé dans la cavité sous-péritonéale créée par le décollement.

Surjet au catgut et suture au crin de Florence.

La plaie suppura longtemps, surtout dans la partie inférieure, à l'endroit où se trouvait le drain. On fait des attouchements à l'huile gaïacolée.

Le 11 août, la malade sort complètement guérie, la plaie est fermée.

Sur ma demande, la malade revient me voir le 2 février 1900. Elle dit constater au niveau de la cicatrice une petite saillie de la grosseur d'un œuf de pigeon. Cette saillie ne persiste pas et n'est pas constatée à l'examen. Elle se plaint de douleurs stomacales, et a de la dilatation de l'estomac.

Il n'existe pas la plus petite tumeur dans la région opérée.

Voilà donc une observation, dans laquelle on voit à deux reprises différentes des crises simulant l'appendicite au point que la malade est envoyée deux fois à l'hôpital pour y être opérée; dans laquelle il est question de masses rétro-coliques, où l'appendice ne paraît pas malade, où il n'est pas enlevé, et dans laquelle l'opération a été suivie de guérison constatée plus d'un an et demi après l'opération.

Ce fait est à rapprocher complètement de ceux de M. Gérard Marchant, c'est-à-dire : adénopathie sans lésions appendiculaires, peut-être lésions para-appendiculaires, craintes de tuberculose non justifiées.

Ces adénopathies à évolution subaiguë peuvent avoir pour point de départ des lésions infectieuses banales. Un certain nombre d'infections staphylococciques ou streptococciques atténuées se traduisent ainsi par des adénopathies à marche et à suppuration subaiguës.

Il me reste maintenant à vous parler des suppurations à distance, qui ne sont pas toutes explicables par des adénites, ou des abcès du foie. Un certain nombre sont dues à des fusées purulentes, à des propagations microbiennes qu'on peut voir et poursuivre jusque sous la peau et qui peuvent faire croire par leur siège et leur évolution à des lésions osseuses soit des côtes, soit de l'os iliaque ou de la colonne vertébrale, ou même, à ce qu'il m'a semblé, à des lésions syphilitiques.

La nommée R... (Alice), âgée de vingt ans, entre le 21 juillet 1897, salle Delessert, lit n° 19, hôpital Tenon.

Antécédents héréditaires. — Sœur morte, à dix-sept ans, de méningite tuberculeuse.

Réglée à quatorze ans régulièrement.

1890. — Fièvre scarlatine avec forte angine.

1894. — Soignée pendant deux mois pour pérityphlite, a eu trois abcès dans l'hypocondre droit; ces abcès ont été incisés.

1896. — Nouvel abcès, incisé aussi, a suppuré pendant une quinzaine de jours.

1897 (février). — Nouvel abcès qui s'est ouvert spontanément et la malade est restée un mois à l'hôpital Beaujon. Pas de traitement spécial, mais on lui a donné de l'iodure de potassium.

Il y a huit jours, a été prise de douleurs aiguës dans l'hypocondre droit. Dans cette région, il s'est formé une tuméfaction. Pas de traitement.

A son entrée à l'hôpital, on constate que tout l'hypocondre droit est tuméfié et très douloureux à la pression. A la palpation, on constate une vaste collection fluctuante, s'étendant dans la région lombaire jusqu'au bord supérieur de l'os coxal, en bas et en haut jusqu'aux fausses côtes. Elle fait tout le tour de la région rénale et s'étend dans l'hypocondre droit. Je ne vois pas la malade les premiers jours.

Ouverture spontanée de l'abcès dans la région lombaire dans la nuit du 23 au 24 juillet. Ecoulement d'une grande quantité de pus très fétide. On met un drain dans le trajet.

Pendant les vacances, elle est opérée par mon ami M. Demoulin qui me remplaçait et qui gratte les trajets fistuleux. Elle a ensuite de nouveau un abcès.

A mon retour, pensant que ces abcès ont eu pour point de départ une appendicite, je l'opérai en employant l'incision de Jalaguier, le 11 octobre 1897.

L'appendice est remonté derrière le cæcum et adhérent.

Au voisinage de l'extrémité, on voit qu'il a dû y avoir une perforation, car cette extrémité est appendue sous la forme d'un petit corps rond relié par des tractus fibreux.

En outre, on trouve à ce niveau, dans la paroi, un petit infundibulum qui a dû être l'origine des abcès.

La malade guérit bien et très rapidement de cette intervention, mais il se forma un nouvel abcès, et alors je me décide à ouvrir et à poursuivre tous les trajets fistuleux qui me conduisent jusque sous les côtes et dans la fosse iliaque interne.

Depuis ce moment, la malade est restée guérie. Je l'ai revue ces jours derniers, ells n'a plus eu d'abcès.

Je viens d'opérer d'appendicite vraie, à froid, une malade qui avait été prise dans le Midi de la France d'une appendicite aiguë terminée par un abcès qni s'est ouvert au niveau de la cicatrice d'une ovariotomie que je lui avais faite il y a six ans pour une

double tumeur végétante de l'ovaire, ce qui m'a permis de constater la guérison.

J'ai pu constater que cet abcès s'était fait à distance par l'intermédiaire de l'épiploon que j'ai trouvé, pendant l'opération, épaissi et rouge.

Telles sont les considérations que je voulais faire valoir sur ces trois formes de para-appendicite primitive ou secondaire.

M. Albarran. — J'ai opéré deux malades atteintes de péritonite, chez qui les lésions se rapprochent de celles observées dans quelques-uns des cas dont M. Quénu a fait mention.

Obs. I. *Appendicite familiale; gangrène de l'appendice et double perforation du cæcum; péritonite généralisée : guérison.* — Fillette de douze ans. Elle avait deux sœurs et un frère. La sœur aînée a été opérée en février 1896 pour une appendicite, avec péritonite généralisée : je trouvai sur la ligne médiane, l'appendice long de 15 centimètres presque complètement détaché du cæcum ; la cavité péritonéale contenait une très grande quantité de pus. J'opérai cette enfant à la dernière extrémité avec le concours de M. le Dr Brun : elle mourut quelques heures après. Une autre sœur, âgée de quatorze ans, fut atteinte d'appendicite à la fin de l'année 1897. Je l'opérai le cinquième jour après le début des accidents avec l'assistance de M. Brun. Nous trouvâmes ici encore un appendice très long et gangrené dans un vaste phlegmon iliaque : cette enfant guérit. Enfin, le frère jumeau de ma petite malade ayant eu quelques accidents de colique appendiculaire, je lui enlevai, à froid, l'appendice qui mesurait 18 centimètres de long.

En juillet 1898, ma jeune malade avait été prise d'accidents d'appendicite depuis trois jours lorsque je la vis. La douleur et l'empâtement de la fosse iliaque, perceptibles, malgré le ballonnement du ventre, ne laissaient aucun doute sur le diagnostic, et j'opérai immédiatement. A l'ouverture du ventre, il s'écoula une assez grande quantité de sérosité louche, et je vis plusieurs anses intestinales rouges avec des dépôts pseudo-membraneux : l'appendice, d'une longueur de 12 centimètres, était perforé près de sa base et entouré par une collection purulente fétide. Sur la paroi antérieure du cæcum, enflammé dans son entier, se voyaient deux plaques gangrenées, séparées l'une de l'autre par une distance de trois centimètres ; une des plaques était perforée et donna passage à des gaz et à des matières. Dans les jours suivants, les deux plaques de gangrène s'éliminèrent, et ma malade conserva un double anus contre nature. Nous dûmes plusieurs mois après, M. Chaput et moi, pratiquer une large résection cæcale. La malade finit par guérir.

Laissant de côté l'intérêt que présente le fait de quatre enfants d'une même famille, tous porteurs de très longs appendices iléo-

cæcaux et tous atteints d'appendicite grave, je donne mon observation aujourd'hui pour faire remarquer les lésions cæcales. Les deux plaques de gangrène de la paroi antérieure du cæcum se trouvaient loin de l'appendice et sans rapport direct avec les lésions appendiculaires.

Obs. II. *Péritonite généralisée consécutive à des lésions infectieuses de la dernière partie de l'iléon.* — Ma seconde observation concerne une jeune couturière de vingt-quatre ans que j'opérai le 20 janvier 1900, dans le service de M. Blum, à l'hôpital Saint-Antoine.

Pas d'antécédents éloignés.

Vers le 1er janvier 1900, poussée fébrile avec douleurs abdominales vives, surtout à droite; pas de vomissements. Après trois ou quatre jours, la malade se remet, mais elle reste mal à l'aise, avec des douleurs vagues.

Le 12 janvier, brusquement, les douleurs abdominales réapparaissent, vives, irradiées partout, mais cependant, le siège maximum de la douleur est à droite. Vomissements alimentaires. Pas de constipation.

Le 20, elle entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Lisfranc. La température est de 39 degrés; le pouls à 110; la langue sèche. Dans la journée quelques vomissements bilieux. A l'examen, le ventre est modérément ballonné, douloureux à la pression dans toute la portion sous-ombicale; la douleur est un peu plus marquée à droite. Pas d'empâtement. Rien au toucher vaginal.

Opérée immédiatement. A l'ouverture du ventre, il s'écoule une grande quantité de liquide séro-purulent. Je trouve facilement l'appendice, qui est rouge et turgide, non oblitéré et je le résèque.

Je remarque que la dernière partie de l'iléon, dans une étendue d'à peu près 30 centimètres, est très rouge et recouverte de quelques fausses membranes, alors que le reste de l'intestin est simplement vascularisé, un peu poisseux au toucher. J'examine attentivement toute la portion d'intestin qui paraissait plus malade, et ne trouvant aucune perforation, je finis mon opération comme à l'ordinaire.

Deux jours après, les mèches et le drain furent retirés, et depuis la malade va de mieux en mieux. Le 1er février, la plaie était presque guérie, l'état général excellent. Ni douleurs, ni fièvre. La malade, dont la guérison est certaine, partira de l'hôpital dans quatre ou cinq jours.

Dans cette observation, il ne paraît pas douteux que les lésions de la partie terminale de l'iléon ne fussent plus avancées que celles de l'appendice lui-même : l'appendice et le cæcum ne paraissaient guère plus atteints que l'ensemble de la masse intestinale, tandis que la dernière partie de l'intestin grêle présentait des lésions inflammatoires très prononcées, point de départ de la péritonite généralisée.

Rapports.

Appendicite avec péritonite aiguë. Diagnostic différentiel avec l'occlusion intestinale, par M. JEANNE, professeur à l'École de médecine de Rouen.

Rapport par M. TUFFIER.

M. le Dr Jeanne nous a adressé une intéressante observation suivie de commentaires. Il s'agit d'un de ces malheureux cas d'appendicite à marche foudroyante. Une fillette de onze ans est prise en pleine santé, le 29 décembre 1898, d'une douleur vague dans tout l'abdomen sans localisation exacte, avec vomissements et occlusion intestinale absolue. Elle est envoyée après trois jours d'accidents à l'hôpital de Rouen où notre collègue la trouve dans l'état suivant : Facies violacé, lèvres et nez cyanosés, langue sèche, yeux excavés, vomissements noirâtres et *fécaloïdes*, respiration 52, pouls 166, température 38°7, ventre uniformément tendu, sonore partout, douloureux sans maximum dans la fosse iliaque. Toucher rectal dénotant une vive sensibilité du cul-de-sac péritonéal. M. Jeanne porte le diagnostic de péritonite aiguë par appendicite, fait une laparotomie médiane, trouve un péritoine en pleine infection, recherche dans la fosse iliaque droite, rencontre d'abord la trompe, puis l'appendice *long de 14 millimètres* perforé, il le résèque, draine l'abdomen et malgré tous ses soins sa malade succombe huit heures après.

L'auteur fait remarquer avec raison combien est curieuse et rare cette perforation d'un *appendice long de 14 millimètres* réséqué à la base, sur le cæcum (1), il insiste sur la *difficulté de faire des sutures* dans la paroi cæcale qui est enflammée, rigide et friable, j'ai trouvé les mêmes difficultés dans plusieurs cas et je puis ajouter que ces sutures, quand on arrive à les placer, tiennent mal et cèdent souvent dans ces tissus infectés. Mais il insiste sur les signes d'*occlusion intestinale* dans ce cas, et sur les *signes différentiels de l'occlusion et de la péritonite* en général; il est certain que cette question de clinique nous a toujours préoccupés, et de nombreux articles en témoignent; je vous en ai montré ici même un exemple. Je crois que dans l'appendicite aiguë, la question est beaucoup moins compliquée et se présente plus rarement qu'on ne l'a dit. Il suffit de savoir que toute péri-

(1) Voy. Étude sur l'appendicite basée sur 180 nécropsies, par Tuffier et Jeanne. *Rev. de Gyn. et de Chir. abd.*, nos 3 et 4, 1899.

tonite s'accompagne des signes d'occlusion, il suffit d'avoir quelque pratique de la chirurgie abdominale pour savoir quelle importance pronostique capitale comporte l'absence d'émission de gaz dans les infections post-opératoires, pour être fixé sur ce point. Aussi M. Jeanne insiste-t-il sur un point plus délicat, le diagnostic différentiel de l'occlusion et de la péritonite *en général* et il nous propose d'attacher une importance à un signe qui est excellent à mon avis : la *sensibilité extrême du cul-de-sac recto-vésical ou recto-utérin* dans le cas de péritonite. Il est certain que c'est bien au niveau de ce repli péritonéal que le toucher peut aborder au plus près la séreuse, nous savons également que ce cul-de-sac reçoit les produits infectieux de la grande séreuse et qu'il est le plus souvent atteint dans les péritonites. Aussi sans vouloir attribuer à la douleur développée à son niveau une valeur constante et absolue qui n'existe pas en clinique, nous devons tenir grand compte des signes qu'il nous révèle. Pour ma part, je fais systématiquement le toucher dans les cas difficiles et je sais gré à notre collègue d'avoir insisté sur cette manœuvre.

M. Jeanne met également en valeur, à propos du même diagnostic entre une péritonite et une occlusion, un autre signe : *la persistance de la contractilité intestinale dans l'occlusion*, son absence dans la péritonite. Ce dernier signe n'a pas une valeur absolue. Cette contraction qui dessine sous la paroi abdominale les anses de l'intestin, cet effort de l'intestin qui témoigne de sa lutte contre l'obstacle, ses mouvements vermiculaires manquent dans les infections de la séreuse et elles permettent de faire le diagnostic d'obstacle mécanique. Mais il peut manquer dans ces cas. Si bien que si ce signe a une valeur quand il existe, son absence ne permet pas de conclure.

Tels sont, messieurs, les quelques points de l'intéressant mémoire de M. Jeanne; il méritait votre attention comme tout ce qui a trait à la clinique. Je vous propose donc d'adresser des remerciements à l'auteur, de déposer son observation dans nos archives, et je vous prie de vous souvenir de ses titres et de ses nombreux travaux qui lui donneront droit à une place honorable lors de l'élection de nos membres correspondants.

Rapport sur une observation communiquée par M. le Dr Charier (d'Angers), et intitulée : *Autoplastie par greffe, méthode italienne.*

Rapport par M. PAUL BERGER.

M. le Dr Charier (d'Angers) vous a adressé une intéressante observation de flexion permanente du coude produite par une rétraction cicatricielle consécutive à une brûlure et traitée avec succès par une transplantation de lambeau par la méthode italienne. A la suite de cette opération, l'enfant dont le membre supérieur gauche ne pouvait dépasser l'angle droit dans l'extension du coude, recouvra la presque totalité de ses mouvements. Après section et libération de la cicatrice, M. Charier avait emprunté pour la réparation un grand lambeau de 14 centimètres de long sur 10 de large à la peau de l'hypocondre gauche; il en sectionna le pédicule le 11e jour; ce lambeau avait contracté des connexions suffisantes avec la surface sur laquelle il avait été transplanté et il permit à l'articulation du coude de reprendre presque toute son extension.

M. Charier a fait dans ce cas une très heureuse application de la greffe par transplantation; c'est dans ces flexions permanentes du coude par rétraction cicatricielle que celle-ci trouve sa meilleure indication et la plus facile aussi dans son exécution. Les exemples de succès dus à cette méthode ne sont pas rares quoique son emploi ne soit pas encore assez répandu, et pour ma part, j'en ai obtenu les plus excellents résultats dans plusieurs cas analogues à celui que vous a rapporté M. Charier et même plus graves, tels que des flexions permanentes du coude à angle aigu, avec immobilisation du bras contre le tronc par une palmure cicatricielle de l'aisselle (1).

Je n'aurais donc qu'à vous mentionner le succès obtenu par ce confrère si les réflexions dont il a fait suivre son observation ne prêtaient à quelques remarques.

Après avoir sectionné la cicatrice, M. Charier dut, pour obtenir l'extension du coude, diviser l'aponévrose et l'expansion aponévrotique du biceps qui participaient à la rétraction, mais il recula devant la section des muscles qui s'insèrent à l'épitrochlée et qui s'opposaient au redressement complet. Je crois qu'il a eu raison

(1) L'opération, néanmoins, n'est pas toujours aussi simple et chez la petite fille dont je vous montre ici la photographie et sur laquelle j'ai obtenu un excellent résultat que je vous présenterai peut-être un jour, j'ai dû emprunter le lambeau à la cuisse, tout le côté correspondant du tronc étant occupé par une énorme cicatrice qui ne permettait pas d'y trouver la matière nécessaire à la réparation.

de ne pas pousser trop profondément ses incisions; en pareille circonstance, je divise les faisceaux musculaires les plus tendus, ceux surtout dont la dégénérence fibreuse ou cicatricielle est tout à fait manifeste, puis par des tractions énergiques exercées sur le membre et par des pressions directes que j'exécute avec les pinces, j'achève de rompre ou de déchirer les adhérences profondes en évitant ainsi d'intéresser des vaisseaux d'un certain calibre sur lesquels il serait nécessaire de mettre des ligatures; celles-ci doivent être évitées autant que possible sur la plaie d'avivement où tout corps étranger est un obstacle à l'intime adhésion du lambeau transplanté.

Quand, malgré ces libérations, il reste encore quelque difficulté à ramener le membre à l'extension complète, c'est aux massages, aux mouvements communiqués le plus tôt possible, à la gymnastique orthopédique qu'il faut s'adresser pour la faire disparaître graduellement.

M. Charier a pratiqué la section du pédicule de son lambeau le 11e jour : il croit avoir fait une innovation car, dit-il, « les auteurs classiques nous disent que le pédicule doit être sectionné au plus tôt quatre semaines après l'opération. » Je demanderai à notre distingué confrère de quels auteurs classiques il entend parler. La méthode italienne de rhinoplastie de Branca et de Tagliacozzi était tombée dans l'oubli, quand Carl Ferdinand de Græfe la fit revivre en la modifiant profondément; il proposa de substituer la transplantation de lambeaux fraîchement taillés à l'ancienne méthode qui consistait à façonner le lambeau dans plusieurs opérations successives avant de le transplanter sur la surface à recouvrir.

La méthode italienne ainsi modifiée par de Græfe, combattue par la grande autorité de Dieffenbach, fut promptement abandonnée, et il n'en était plus question depuis plus de trente ans quand j'y eus recours et, poussé par un premier succès, quand je tentai de la remettre en honneur de 1878 à 1880. Mes essais et mes publications sur ce point furent suivis des travaux de Maas (de Breslau) de M. Poncet (de Lyon) et de ses élèves, de von Hacker (de Vienne), et de plusieurs autres. Mais je ne crois pas qu'aucun de ceux qui ont écrit sur ce sujet ait fixé un minimum de quatre semaines pour la section du pédicule.

On peut lire, dans une de mes récentes communications à l'Académie (1), que j'ai pratiqué celle-ci au bout de 12, 10, 8, 6 et même de 4 jours, dans certains cas, et que je n'ai pas eu de gangrène du lambeau : mais cela ne signifie pas que je conseille

(1) *Bulletins de l'Académie de médecine*, séance du 11 juillet 1899.

de le faire, au bout d'un temps aussi court, sans nécessité. Il faut distinguer les cas difficiles et les cas simples.

Dans les cas d'adaptation à la face d'un lambeau emprunté au membre supérieur, ainsi que cela se pratique pour les restaurations faciales par la méthode italienne, la position du membre est fatigante, sa fixation à la tête est souvent mal supportée et il importe de réduire autant que possible la durée de cette fixation, de sectionner le pédicule, par conséquent, dès qu'on peut le faire, sans compromettre la vitalité du lambeau. C'est le 9e ou le 10e jour le plus souvent que je pratique cette division, mais comme je viens de le dire, j'ai été forcé par les circonstances de le faire le 7e, le 6e et même le 4e jour : toutefois ce n'est pas sans de grands inconvénients ; j'ai dans ces conditions, vu se produire une escarre sèche et superficielle de l'extrémité du lambeau. Celle-ci sans en intéresser toute l'épaisseur ainsi que je pouvais d'abord le craindre, s'est bornée à mettre à nu les parties profondes du derme transplanté, et celles-ci ont cicatrisé sous une croûte ou par granulation. Le lambeau a rempli son office, je n'ai pas eu à regretter de déformation consécutive ni de rétraction cicatricielle, mais cette mortification superficielle avait modifié profondément l'aspect du lambeau, sa coloration, sa consistance, et l'opération dans ces cas a laissé des traces visibles et par conséquent fâcheuses. C'est une altération semblable de l'extrémité de son lambeau que M. Charier a observée ; il a vu survenir après la section du pédicule une mortification superficielle de la pointe de son lambeau et une élimination de cette escarre ; la perte de substance, quoiqu'elle n'intéressât pas toute l'épaisseur de la partie compromise, ne s'est réparée qu'après suppuration.

Dans ces cas, même bien plus souvent que dans ceux où la section du pédicule a été pratiquée plus tard, on peut voir une escarre se former au niveau de cette surface de section. Le lambeau n'est pas encore assez nourri par les connexions qui se sont établies entre lui et son implantation nouvelle, pour que la partie du pédicule qui reste comme flottante après sa division, et sur laquelle je compte souvent pour parfaire la restauration, ne soit pas atteinte dans sa vitalité.

On peut enfin observer que dans les cas où l'on a pratiqué la section prématurée du pédicule du lambeau, celui-ci, insuffisamment irrigué encore, subit une sorte d'atrophie analogue à celle qu'on observe sur les greffes suturées formées de lambeaux complètement détachés de la région où on les a pris. Le transplant en pareil cas se réduit dans toutes ses dimensions, se recroqueville, et ne remplit plus que très imparfaitement le but auquel on le destine.

Quel inconvénient y a-t-il, au contraire, dans les cas simples, dans ceux où la fixation du membre au tronc par exemple ne cause aucune fatigue, quel inconvénient y a-t-il à laisser les connexions vasculaires nouvelles se faire et les anastomoses s'établir à plein canal entre les vaisseaux du transplant et ceux du terrain où on l'a fixé? J'avoue que je n'en vois aucun; aussi dans ces cas, et celui de M. Charier rentre dans cette catégorie, y a-t-il avantage à respecter plus longtemps la connexion des lambeaux avec leur point d'origine. On ne peut donner à cet égard de règle précise, mais c'est du 15e au 21e jour que je le divise en me réglant, pour déterminer le jour de la section, sur l'état du pansement et de l'appareil immobilisateur, sur la gêne que ressent l'opéré, sur la propreté plus ou moins défectueuse des régions qui avoisinent le champ opératoire. Ces lambeaux sont restés 15 à 21 jours adhérents, leurs pédicules ont pris l'habitude de se nourrir presque exclusivement par les connexions qu'ils ont contractées avec la surface sur laquelle on les a implantés; au moment de la section du pédicule, c'est à peine s'ils pâlissent, et l'hémorragie légère que celle-ci détermine se fait plus encore par la surface périphérique de section que par la surface centrale; consécutivement on n'observe ni escarres, ni soulèvement de l'épiderme, ni suppuration de la pointe du lambeau et beaucoup plus rarement quelque atteinte de la vitalité du pédicule au niveau de la surface de section; le lambeau dans ces conditions prend plus vite et plus complètement le même aspect que la peau qui l'environne. Mon expérience, qui se fonde sur beaucoup plus de cent opérations de cette espèce, me permet de répondre aux assertions de M. Charier que le temps qu'il propose pour la section du pédicule est trop court et que lorsqu'on peut attendre, c'est la 3e semaine qui suit l'opération, quelquefois même plus tard, qu'il convient de la pratiquer.

Je ne puis non plus me ranger à l'avis de M. Charier quand il avance, pure hypothèse d'ailleurs de sa part, que les grands lambeaux transplantés ont plus de chance de résister que ceux qui sont de moindres dimensions. Les craintes que l'on peut avoir pour la vitalité d'un lambeau dépendent surtout de sa forme; un lambeau très allongé se nourrit et résiste moins qu'un lambeau dont les dimensions sont égales ou à peu près dans tous les sens; mais un très grand lambeau m'a toujours semblé nécessiter un temps plus long pour s'identifier avec la peau qui l'environne, et c'est plutôt avec de très grands lambeaux que j'ai vu parfois survenir de la désunion des bords en quelques points, ou même de petites escarres au niveau de la ligne de réunion. J'ajoute ici que sur le nombre très considérable d'autoplasties par la méthode

italienne modifiée que j'ai pratiquée depuis vingt ans, je n'avais jamais eu à regretter qu'une fois, la mortification totale du lambeau transplanté, et trois ou quatre fois tout au plus, la gangrène d'une notable partie de son étendue (1).

Après avoir répondu par ces quelques remarques aux réflexions dont M. Charier a fait suivre son intéressante observation, je ne puis que le féliciter d'avoir eu recours à une méthode qu'on n'emploie pas assez et qui offre à la chirurgie réparatrice de très précieuses ressources, qu'il s'agisse de restaurer la forme ou de rétablir les fonctions compromises par la destruction d'une vaste étendue de téguments.

Communication.

Contribution à l'étude des kystes dermoïdes de l'orbite,

par M. le Dr FÉLIX LAGRANGE (de Bordeaux).

Les kystes dermoïdes de l'orbite sont maintenant nombreux; aux soixante-treize cas que Berlin en a fait connaître dans sa monographie (*Handbuch Grafe-Sæmisch*), on peut aujourd'hui en ajouter une vingtaine d'autres, si bien qu'avec ce chiffre respectable de faits, on peut considérer ce chapitre de pathologie comme définitivement connu et bien étudié dans ses grandes lignes. Désormais les cas ordinaires de kyste dermoïde de l'orbite ne méritent pas d'être publiés, et ceux-là seuls qui présentent quelques particularités symptomatiques, ou quelques détails histologiques spéciaux dans leur structure, sont dignes de nous intéresser.

Les deux faits que je fais connaître aujourd'hui à la Société, à des titres divers, méritent un instant son attention.

Obs. I. *Kyste dermoïde de l'orbite.* — Madeleine T... (de Targon), âgée de huit ans, vient nous consulter pour une tumeur de l'orbite, le 28 octobre 1892. Cette fillette, d'aspect très vigoureux, n'a fait aucune maladie et ses antécédents héréditaires sont parfaits. Le père et la mère qui l'accompagnent sont d'une santé très robuste; ils n'ont

(1) Ce pénible incident vient de se produire à la suite d'une rhinoplastie par la méthode italienne que j'ai tout récemment pratiquée. Dans ce cas où des causes multiples peuvent être invoquées pour expliquer l'échec partiel de l'opération, la plus grande part doit en revenir à l'étendue trop restreinte de l'implantation du lambeau sur la surface d'avivement de la perte de substance du nez.

que cette enfant. Sa santé a d'ailleurs été des plus régulières, et pendant sa grossesse, la mère n'a présenté rien d'anormal.

Pendant la première enfance, les parents n'ont rien remarqué de particulier; c'est à l'âge de quatre ans seulement, qu'ils ont constaté une petite saillie située au-dessous de l'œil gauche. Ils attribuent, d'une façon d'ailleurs erronée, l'apparition de cette saillie à une chute faite par l'enfant quelques jours auparavant.

Depuis l'âge de quatre ans, la grosseur s'est affirmée de plus en plus sous la paupière inférieure, sans douleur, sans inflammation d'aucune sorte; depuis six mois, la vue de ce côté a diminué, et les parents se décident à consulter, parce qu'ils sont effrayés d'une part, par les progrès lents mais incessants de l'affection, et d'autre part, par les troubles fonctionnels de l'œil gauche.

L'examen pratiqué le 28 octobre 1892, décèle l'état suivant :

La paupière inférieure est soulevée par une saillie arrondie, grosse comme une amande; la peau est très mobile à la surface de la tumeur. Celle-ci est consistante, demi-molle au toucher, la pression l'enfonce profondément dans l'orbite au-dessous de l'œil qui, au même moment, fait exophtalmie; il n'y a pas de vascularisation anormale, ni à la surface de la peau, ni à la surface de la conjonctive. Il n'y a ni battement, ni souffle, ni chaleur exagérée au niveau de la tumeur.

Il est possible de saisir cette production morbide entre les doigts et de l'attirer sous la peau, comme il est facile de l'enfoncer dans la profondeur de l'orbite. Elle est, en somme, très mobile dans le tissu cellulaire qui l'environne et ne paraît avoir aucune attache. Elle est ovoïde, allongée dans le sens antéro-postérieur, et comme il est impossible d'explorer son extrémité profonde ou orbitaire, nous sommes conduit à admettre que là est son pédicule.

L'œil, pourvu d'une musculature régulière, est bien à sa place, et nous n'y rencontrons d'autres désordres qu'une diminution de l'acuité, tombée à un quart sous l'influence d'un astigmatisme de 2 D 50, régulier et conforme à la règle; ce vice de réfraction est certainement dû, et c'est là l'une des particularités curieuses de l'observation, à la compression de la tumeur sur le globe oculaire.

Le fond de l'œil est normal et la correction de l'astigmatisme par un verre cylindrique, rétablit l'acuité à 1.

En présence d'une pareille affection, nous ne pouvons nous arrêter qu'à l'hypothèse d'une tumeur bénigne, d'une évolution lente et régulière, et l'hypothèse d'un kyste dermoïde est évidemment celle qui rend le mieux compte des phénomènes cliniques dont nous venons de parler.

Il ne s'agit pas d'une tumeur de la paupière ni d'une tumeur de la conjonctive, car l'affection est tout à fait indépendante de ces voiles membraneux; il s'agit d'une tumeur orbitaire développée entre le plancher de l'orbite et l'œil; contre l'hypothèse de kyste séreux s'élèvent la consistance ferme, l'absence de fluctuation et le siège du néoplasme; contre celle d'un angiome militent la couleur de la peau de la conjonctive, l'absence de vascularisation et l'irréductibilité par la

pression. La tumeur, dont cette malade est atteinte, s'enfonce dans l'orbite, mais ne se réduit pas, phénomène dont il est d'autant plus facile de se rendre compte que la tumeur tirée en avant peut être aisément prise entre les doigts; contre l'hypothèse enfin de kyste sébacé, plaide l'absence d'adhérence à la peau, la profondeur originelle de la tumeur, son volume et l'épaisseur de sa poche.

Pour toutes ces raisons, ne tenant pas compte de l'origine traumatique sur laquelle insistent les parents, nous nous arrêtons au diagnostic de kyste dermoïde de l'orbite, et aidé par M. le professeur Piéchaud, nous pratiquons l'ablation de ce néoplasme le 30 octobre 1892.

L'opération fut très simple; elle consiste dans une large incision de la paupière faite parallèlement et au-dessus du rebord inférieur de l'orbite; la peau, le muscle orbiculaire et le tissu conjonctif sont incisés jusqu'à la tumeur qu'on peut, avec les doigts, faire saillir vers l'ouverture; la sonde cannelée l'isole aisément et nous pouvons, sans l'ouvrir, l'attirer tout entière au dehors; un coup de ciseau en détache le pédicule nourricier à son extrémité postérieure. Au cours de l'opération qui a donné lieu à une hémorragie insignifiante, nous remarquons le muscle petit oblique au-dessous de la tumeur placée, par conséquent, entre celui-ci et le globe de l'œil.

Après un lavage bien soigné à l'eau stérilisée et l'insufflation dans la cavité opératoire d'un peu de poudre d'iodoforme, nous faisons une suture exacte des lèvres de la plaie, sans drainage. La guérison a lieu par première intention et huit jours après, la malade guérie quitte la maison de santé. Nous l'avons revue depuis, elle est complètement et définitivement guérie; l'œil a repris sa forme normale; l'astigmatisme cornéen a disparu. Dans un dernier examen très récent, nous avons constaté encore le maintien de la guérison.

Examen anatomique. — L'examen macroscopique et microscopique de la pièce a montré l'exactitude du diagnostic. Le contenu est celui des kystes dermoïdes: sébum, graisse et poils en très grand nombre. La paroi épaissie est formée par deux feuillets, un épithélium pavimenteux de revêtement, extrêmement net, et un chorion formé de tissu cellulaire feutré, assez épais, dans lequel nous trouvons des glandes sébacées en assez grand nombre. Nous n'avons rencontré sur nos coupes ni follicules pileux, ni glandes sudoripares. Ces dernières sont rares dans la paroi des kystes dermoïdes, mais les poils y sont en général faciles à rencontrer. En multipliant nos préparations, nous aurions sans doute rencontré des follicules pileux, mais il était bien inutile de poursuivre un examen qui ne pouvait nous conduire qu'à des constatations classiques faites par maints auteurs. L'examen histologique, en outre des caractères certains de kyste dermoïde, a montré qu'il s'agissait d'un kyste jeune, en voie d'évolution, n'ayant encore subi aucune des altérations pathologiques que la poche présente quelquefois et dont la deuxième observation que nous avons à faire connaître est un très intéressant exemple.

Obs. II. *Kyste dermoïde de l'orbite. Ulcération totale de la paroi interne.* — M... (Jean-Marie), cinquante-neuf ans, rouleur, se présente à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, dans le service de la clinique ophtalmologique, le 24 octobre 1898.

Pendant sa seconde enfance, à dix ans environ, Jean-Marie M. a remarqué une petite tumeur de la grosseur d'un pois, à l'origine du sourcil droit. Cette tumeur, de consistance un peu molle, n'était pas sensible à la pression et ne gênait en rien le sujet; elle était mobile, s'enfonçait dans l'orbite quand on la comprimait, puis reparaissait à la surface, derrière la paupière quand on cessait la compression. Son volume était celui d'une petite amande; elle resta stationnaire jusqu'au commencement de septembre 1898. A cette époque, sans traumatisme, sans cause connue, la tumeur commença à augmenter de volume, devint douloureuse, s'étala dans la région interne de la base de l'orbite. Les mouvements de la paupière devinrent difficiles et les douleurs, au début modérées, s'accrurent assez vite au point de devenir difficiles à supporter, et c'est pour se faire débarrasser de cette affection douloureuse que le malade vient réclamer nos soins.

Ce jour-là, la tumeur remplit complètement la région de l'angle interne dont elle soulève la peau. Cette peau n'est pas œdématiée, n'adhère pas à la masse morbide, n'a pas changé de couleur, mais elle est très distendue et la tumeur, grosse comme un œuf, fait une saillie moindre et très accusée dans l'angle interne, recouvrant complètement la région du sac lacrymal. Cette tumeur n'est pas réductible dans les parties profondes. Sa palpation peu douloureuse permet cependant d'en refouler un peu le contenu en arrière, et sous l'influence de cette compression, on remarque que le globe de l'œil est chassé en avant et en dehors. La fluctuation est manifeste, et il n'est pas douteux que nous n'ayons à faire à une collection liquide.

Les antécédents de l'affection, son existence dès la jeunesse, sa marche lente d'abord, puis subitement rapide, son indépendance de la peau, l'épaisseur relative de la paroi du kyste, la région qu'il occupe, ne permettent guère au diagnostic de s'égarer. Nous avons affaire à un kyste dermoïde du grand angle de l'œil et à un kyste enflammé.

Conformément au désir du malade, nous nous mettons en mesure de pratiquer l'extirpation de la tumeur.

Comme il s'agissait d'un kyste dermoïde et que le diagnostic ne pouvait être douteux, je me mis en demeure d'extraire par une dissection attentive la totalité de la poche. A cet effet, une longue incision demi-courbe fut faite sur la tumeur, du milieu du sourcil jusqu'au milieu du nez, la peau réclinée laisse voir la partie antérieure de la paroi kystique que nous isolâmes de côté et d'autre aussi complètement que possible; l'œil était récliné en dehors et en bas par un écarteur approprié.

Pour faciliter la dissection de la poche qui s'engageait très profondément le long de la paroi interne de l'orbite, nous dûmes amputer la moitié antérieure du kyste et le vider de son contenu; il s'en écoula une abondante quantité de liquide louche, mélange de gros grumeaux

caséeux et de quelques poils, débris caractéristiques justifiant le diagnostic posé.

La poche ainsi vidée, la tumeur paraissait avoir disparu, mais dans les parties profondes de la région interne de l'orbite, entre le nerf optique et l'os planum, existait toujours la paroi qu'il fallait, croyons-nous, extirper, sous peine de récidive.

Cette dissection fut très laborieuse; la poche enflammée adhérait aux parties voisines; le nerf optique dut être serré de très près et contusionné par les ciseaux; et de plus, chaque coup de ciseaux incisait des branches vasculaires petites, mais nombreuses, qui donnaient naissance à une hémorragie considérable, un instant presque inquiétante. Cette hémorragie était fournie par des veinules impossibles à saisir, sur lesquelles la compression seule avait prise. Cette compression, aidée d'une irrigation au cyanure de mercure froid, arrêta cependant cette hémorragie et il nous fut possible de faire dans de bonnes conditions la suture de la peau et un drainage destiné à ne pas laisser séjourner dans cette grande anfractuosité les liquides qui devaient s'y épancher.

Les suites opératoires furent d'ailleurs bonnes au point de vue de l'état général. Il y eut dans la région un gonflement considérable, mais sans exophtalmie et certainement une compression rétro-bulbaire assez minime; il n'y eut aucune élévation de température et la cicatrisation de la plaie opératoire marcha régulièrement à la guérison; mais, du côté de l'œil se passèrent des phénomènes très intéressants. Au premier pansement, qui fut fait deux jours après l'opération, le sujet accusa une grande diminution d'acuité; sa cornée, toujours bien recouverte par les paupières peu œdématiées, était insensible sur toute sa moitié interne et inférieure; il avait de l'iritis et un peu d'hypophyon; la membrane était encore transparente. On prescrivit au malade un collyre à l'atropine, des compresses chaudes et une pommade iodoformée. Le revêtement épithélial de la cornée était à ce moment intact. Le quatrième jour, au deuxième pansement, les accidents neuro-paralytiques s'étaient accusés, la cornée était dépolie, la chambre antérieure contenait dans son quart inférieur beaucoup de liquide louche; il y avait beaucoup d'iritis et le sujet comptait à peine les doigts.

Le pansement fut fait dans la suite plusieurs fois par jour; dans le but de réveiller la nutrition de la cornée et de lutter contre l'iritis, on continua des compresses très chaudes, des pommades antiseptiques, le collyre à l'atropine. Une petite ulcération marginale se produisit en bas, mais au bout huit jours, les accidents neuro-paralytiques s'amendèrent, et la nutrition de la cornée reprit le dessus pendant que, sous l'influence de l'atropine, les complications iriennes disparaissaient.

L'examen ophtalmoscopique montre une papillite aiguë.

Quinze jours après, le malade quitte l'hôpital complètement guéri de son opération, avec une cornée bien transparente, une pupille normale, mais une névrite optique en voie d'évolution et s'acheminant vers l'atrophie. Son acuité visuelle est de 1/10e. Cette acuité dans la suite

resta stationnaire. Un examen pratiqué le 28 novembre, deux mois après l'opération, fit constater un trouble fin du corps vitré et une décoloration notable de la papille. L'acuité visuelle du sujet paraît définitivement réduite.

Examen de la poche kystique. — Le contenu du kyste ne fut pas recueilli, mais il doit nous suffire de noter les débris caséeux, sébacés et les poils qu'il contenait pour que le diagnostic ne soit pas contestable.

La poche a été étudiée avec d'autant plus de soin qu'elle nous a paru mériter grand intérêt.

Sans insister ici trop longuement sur sa structure, nous dirons que cette poche était totalement dépourvue, sur tous les points examinés, d'épithélium de revêtement; elle était le siège d'une ulcération ancienne trés étendue, intéressant vraisemblablement la totalité de sa surface; le derme était épaissi et fibreux, dégénéré en un véritable tissu de cicatrice, au milieu duquel se trouvaient encore des glandes sébacées remplies de vieux cristaux de cholestérine. Dans ce derme, nous n'avons pu trouver aucun autre élément que des glandes sébacées, indiquant l'origine véritable de la paroi; la face interne de ce derme, celle qui regarde le centre du kyste, est couverte par un même tissu granuleux, presque partout peu épais, en quelques endroits seulement bien développé et presque fongueux.

La face externe, celle qui a été séparée du tissu orbitaire par la dissection, présente un grand nombre de vaisseaux qui lui donnent presque l'aspect d'un tissu érectile et qui expliquent bien l'hémorragie abondante produite pendant l'intervention.

En résumé, l'examen anatomique démontre bien qu'il s'agit d'un kyste dermoïde (poils dans le contenu, vestiges de glandes sébacées dans le contenant) et il permet de constater cette particularité vraiment intéressante et rare d'une ulcération siégeant sur la paroi du kyste de façon à en supprimer tous les éléments épithéliaux.

Notre première observation est intéressante par l'astigmatisme cornéen résultant de la compression équatoriale du globe oculaire ; cet astigmatisme avait atteint 2 D 1/2 et l'œil supportait cette compression sans réaction, puisqu'un verre cylindrique approprié rendait au sujet l'acuité perdue. L'ablation de la tumeur fit en quelques mois disparaître l'astigmatisme.

Notre deuxième cas mérite l'attention au triple point de vue de l'anatomie pathologique de la poche, de la pathogénie des troubles oculaires post-inflammatoires, de l'intervention chirurgicale indiquée en pareil cas.

1° Au point de vue de l'anatomie pathologique, nous dirons que notre cas est remarquable par l'étendue de l'ulcération qui siégeait à la surface du kyste. Cette ulcération dont Mitwalsky (1) a bien

(1) Mitwalsky. Pathologie des kystes dermoïdes circumbulbaires *Arch. für Augenheilkunde*, 1891, t. XXIII.

étudié le processus entraîne d'habitude la formation d'un tissu granuleux aux dépens de l'épiderme et de la couche interne du chorion. Ce tissu granuleux est, en général, remarquable par les poils et par les cellules géantes qu'il renferme; son épaisseur est variable, mais dans certains cas, il devient très abondant, luxuriant, fongueux.

Dans notre cas, la paroi de la poche était ulcérée avec des caractères un peu différents. Comme il y avait suppuration de la poche depuis quelque temps, le tissu granuleux s'était désagrégé, ramolli et ses débris nageaient au milieu du liquide sécrété par la paroi enflammée dans l'intérieur de la poche.

Cette paroi kystique était remarquable par les trousseaux fibreux, véritable tissu cicatriciel, qui la composaient, mais aussi par sa grande vascularisation. En quelques endroits, elle donnait au microscope la sensation du tissu érectile, ce qui explique bien l'hémorragie relativement abondante qui eut lieu pendant l'opération.

2° Au point de vue clinique, nous remarquons la kératite et l'iritis aiguë qui se sont produites le lendemain de notre intervention et les jours suivants. Elle doivent s'expliquer par la lésion des nerfs ciliaires qui ont été intéressés pendant la trop longue intervention que nous avons faite ; de même que nous expliquerons volontiers la névrite optique par les tiraillements, les pressions qu'a dû supporter le nerf optique pendant les manœuvres difficiles que nécessita l'extirpation complète de la paroi kystique.

Mais, ce fait mérite de nous arrêter, comment se fait-il qu'une section des nerfs ciliaires se soit accompagnée dans l'œil de troubles inflammatoires si accusés qu'ils ont présenté les allures ordinaires de la kératite neuro-paralytique? Cet incident pathologique soulève le problème de la nutrition de l'œil.

On sait que Donders, Snellen, Senfleben (1), Gudden (2) ont soutenu que la destruction suppurative de la cornée dérivait uniquement de ce que le malade n'éprouvant pas le besoin de cligner, ne fermait pas l'œil. Notre observation, dans laquelle la kératite neuro-paralytique est venue spontanément et très vite sous le bandeau, l'œil étant fermé, démontre péremptoirement ce qu'a d'excessif et d'inexact cette théorie. Sans nier que le contact de l'air ne soit fâcheux, il est certain que l'insensibilité cornéenne et l'absence de clignotement ne suffisent pas à la production de la kératite.

3° Un point essentiel à considérer c'est que dans notre cas les

(1) Senfleben. *Virchow Arch.*, t. LXV, 1, p. 69.
(2) Gudden. *Bericht der Naturforscher Versamme*, t. II. Magdeburg, 1884.

troubles trophiques ont débuté par l'iris et la chambre antérieure, ainsi d'ailleurs que cela s'est passé dans les expériences de Laborde et de Panas (1), ce qui montre bien que les agents microbiens et l'air extérieur ne sont pas en jeu; mais, qu'il se produit des troubles de nutrition d'origine purement nerveuse.

Ces troubles sont-ils des troubles vaso-moteurs sous la dépendance du sympathique ? Le fait n'est pas probable, car Smitzin (2) a démontré en 1871, et Cl. Bernard a dans son temps souligné son travail, que l'arrachement préalable du ganglion cervical empêche ou pour le moins retarde les troubles oculaires.

Les vaso-moteurs contenus dans les nerfs ciliaires ne peuvent pas, par conséquent, être accusés des accidents, leur section les aurait plutôt retardés et nous sommes conduit à attribuer les désordres produits à l'action de troubles trophiques dépendant des filets contenus dans le nerf ciliaire et émanant d'un centre spécial.

Les filets trophiques ne sont pas les filets sensitifs; on a observé nombre de malades présentant une anesthésie complète du trijumeau sans le moindre trouble trophique oculaire. J'en ai publié un cas personnel, très évident, analogue à ceux que citent Cl. Bernard (3) dans les *Leçons sur le système nerveux* et le professeur Panas dans son Traité.

Ce fait et beaucoup d'autres mettent le trijumeau, en tant que nerf sensitif, hors de cause et comme les expériences de Smitzin et celles plus récentes de Spallitta (4) démontrent que la section du sympathique retarde les accidents neuro-paralytiques, force nous est d'admettre pour expliquer les désordres survenus dans notre cas la thèse défendue par Merkel, Mathias Duval (5) et Laborde sur l'existence d'un centre trophique situé dans le bulbe ou dans la substance grise qui borde l'aqueduc de Sylvius.

3° Au point de vue *chirurgical*, nous pouvons tirer de cette observation plusieurs enseignements. L'un concerne la thérapeutique des kystes dermoïdes en général, l'autre celle des kystes orbitaires en particulier.

En ce qui concerne les kystes en général, il faut songer à l'ulcération possible de leur paroi et reconnaître qu'en pareil cas, l'extirpation complète de la poche est inutile puisque la paroi a perdu son épithélium, ses glandes et tout ce qui expose le kyste à

(1) Panas. *Traité des maladies des yeux*, t. I, p. 256.

(2) Smitzin. *Cent. für des med. Wissenschaft*, n° 11, 1871.

(3) Cl. Bernard. *Leçons sur le système nerveux*, t. II, 1863.

(4) Spallitta. Effets de l'extirpation du ganglion de Gasser après l'arrachement du ganglion cervical supérieur, in *Archivio di ottalmologia*, vol. II, fasc. 1 et 3, 1895.

(5) Mathias Duval. *Travaux du laboratoire de Physiologie.*

la récidive. Une large incision de la poche, le grattage de la paroi, le curettage peuvent suffire à la guérison complète.

En ce qui concerne le kyste de l'orbite en particulier, et les opérations faites dans la cavité orbitaire, notre fait montre les dangers qu'il y a à serrer de trop près le nerf optique, à le contusionner avec les instruments mousses que nécessitent les opérations, peut-être même avec le doigt.

En présence d'un cas analogue, nous nous contenterions désormais d'une incision, d'un curettage et de pansements appropriés. Notre malade aurait guéri sans accident neuro-paralytique et sans névrite optique si nous nous en étions tenu à cette thérapeutique.

Discussion

Traitement des kystes hydatiques du foie (suite).

M. Routier. — Je n'ai pas encore essayé dans le traitement des kystes hydatiques du foie la méthode si séduisante de mon ami Delbet; je n'en parlerai donc que pour dire que je suis décidé à l'employer. Si je ne l'ai pas fait plus tôt, c'est que mes derniers cas m'ont paru singulièrement graves, et que je n'ai pas osé, pour eux, changer ma technique habituelle, grâce à laquelle je n'ai pas eu de mort à déplorer, et cependant, je le répète, j'ai eu des cas très graves à traiter.

Avant 1891, j'ai employé contre les kystes hydatiques du foie, soit la ponction simple, qui m'a permis d'enregistrer deux succès, soit le drainage, méthode longue par laquelle j'ai traité trois malades; deux sont guéris, un autre est mort de pneumonie quinze jours après la mise en place de la sonde.

Depuis 1891, j'ai traité tous les kystes hydatiques du foie par l'incision large, le lavage de la poche et le drainage.

Quelle que fût la situation du kyste, j'ai fait la laparotomie antérieure sur le point le plus saillant de la tumeur, très souvent à travers le muscle droit.

Dans des cas de kystes, qui proéminaient surtout en haut et en arrière, de ceux qu'on a conseillé d'attaquer par la voie transpleurale, j'ai toujours fait l'incision antérieure, et toujours j'ai pu, plus ou moins commodément, faire basculer le foie et drainer le kyste par cette voie antérieure.

A plusieurs reprises, j'ai eu des kystes multiples. Dans deux cas notamment, après avoir évacué un énorme kyste antérieur, j'ai

pu, en explorant la cavité, ce que je ne manque jamais de faire, trouver un second kyste volumineux, postérieur, que j'ai ouvert dans le premier, sans oser trop cette fois, à cause des vaisseaux, faire une large incision, de sorte que mes deux kystes ressemblaient assez à une gourde de pèlerin. Dans ces deux cas, chacun de ces kystes contenait plusieurs litres de liquide et des masses de vésicules.

Une fois, au kyste intra-hépatique s'ajoutait un kyste sous-hépatique, saillant dans l'abdomen, né peut-être dans l'épiploon, très volumineux; les deux ont été ouverts, lavés, drainés et ont guéri.

J'ai traité en effet quatorze malades par le procédé de l'incision, du lavage, du drainage, sans avoir toujours bien soigneusement suturé le foie à la paroi, ce que je crois inutile quand l'incision est large et le drainage bien assuré.

J'ai guéri mes quatorze malades, le quinzième est un enfant de treize ans, qui est encore dans mon service, c'est le plus gros kyste que j'aie jamais rencontré, il est encore fistuleux depuis trois mois, et il s'écoule beaucoup de bile; cet enfant a en outre une rate énorme, je ne la crois pas kystique.

Donc, la méthode de l'incision, du drainage large est au moins une méthode à recommander pour sa bénignité. Mais voici le revers de la médaille, les fistules persistent fort longtemps : j'ai toujours gardé mes malades au moins trois mois dans mon service, et plusieurs sont sortis avec des fistules : j'ai pu retrouver la plupart de mes malades.

Le minimum de durée de leur fistule a été de cinquante jours.

Le maximum a été d'un an, précisément pour un de ces malades à kyste double; il est aujourd'hui au Mexique, parfaitement guéri depuis trois ans.

En face de cette longue durée du traitement, puisqu'il me paraît démontré que la méthode de mon ami Delbet est aussi innocente, je n'hésiterai pas à l'employer à la première occasion.

Présentation de malade.

Hernie crurale. Cure radicale. Obturation du canal crural par un fragment de cartilage costal.

M. Chaput. — J'ai opéré, le 13 janvier dernier, un jeune étudiant en pharmacie atteint d'épiplocèle crurale irréductible.

J'ai fait d'abord une incision verticale sur la hernie ; ouverture

du sac, évacuation de quelques grammes de liquide séreux, débridement de l'anneau, résection et ligature de l'épiploon ; ligature du collet du sac au moyen d'une ligature en chaîne.

Je place alors une compresse stérilisée sur la plaie opératoire, et je pratique une incision parallèle au rebord costal, j'isole un fragment de cartilage costal et je le résèque.

Je transporte alors ce fragment dans le canal crural et je le fixe dans ce canal au moyen de deux sutures au catgut qui réunissent les membranes adventices du sac et qui s'opposent à la descente du fragment cartilagineux.

Je suture ensuite les deux incisions. Réunion immédiate.

Actuellement le malade conserve son fragment de cartilage qui paraît oblitérer le canal crural d'une manière très satisfaisante.

J'ai pratiqué ces jours derniers une seconde opération identique. Le malade va bien, je vous le présenterai ultérieurement.

M. Pierre Delbet. — J'ai fait une tentative du même genre que celle dont mon ami Chaput vient de nous parler, mais pour une hernie inguinale.

Il s'agissait d'un jeune homme qui avait été opéré de cure radicale par mon ami Demoulin dans le service de M. le professeur Duplay. A la suite de cette première opération était survenu un phlegmon grave de la paroi abdominale. Des lambeaux sphacélés de muscle, d'aponévrose s'éliminèrent. Quand je vis le malade, sa plaie était cicatrisée, mais il avait une énorme éventration. J'entrepris d'en faire la cure et pour remplacer les tissus qui manquaient, j'insinuai entre la peau et le péritoine des os de lapin, non point des os décalcifiés, mais des os frais que je pris sur l'animal vivant, au moment même de l'opération. Demoulin m'aidait. Nous prîmes les humérus, les fémurs fendus suivant leur longueur, les omoplates, des os du bassin, et avec tout cela, nous fîmes un damier, une mosaïque qui avait certainement l'étendue de la main.

Le résultat immédiat fut splendide. Le malade avait une plaque solide, un véritable bouclier inclus dans sa propre substance. Mais le succès fut de courte durée. Au bout de quelques mois, il se fit une fistulette ; pour la tarir, il fallut lever un os, puis un second ; finalement, ceux qu'on put laisser se résorbèrent et l'éventration se reproduisit.

Résultat immédiat superbe, résorption tardive. C'est bien souvent le sort des greffes hétéroplastiques.

Je vous fais remarquer, Messieurs, que cette aventure date de sept ou huit ans, c'est-à-dire d'une époque où l'on était beaucoup moins bien renseigné qu'aujourd'hui sur la valeur de l'hétéroplastie.

Je n'ai point du tout, par le rapprochement que je viens de faire, l'intention de porter un pronostic sur le cas de mon ami Chaput. Il a pris sur le malade lui-même le cartilage qu'il a greffé. Il s'agit donc d'une greffe autoplastique et il est fort possible que le résultat en soit durable.

M. Ricard. — J'ai revu récemment une malade, présentée autrefois à l'Académie de médecine et chez laquelle, j'avais pratiqué une autoplastie nasale en employant comme soutien un métatarsien pris chez cette même malade. Le métatarsien existait encore au bout d'un an, mais aujourd'hui, il a totalement disparu. Le résultat de l'opération n'en est pas moins satisfaisant, car le nez est resté droit.

Présentation de pièces.

M. Nimier présente les pièces d'un *cancer du rectum*, recueillies chez un militaire âgé de *vingt et un ans*.

Observation. — X..., âgé de vingt et un ans, ferblantier-couvreur, n'a jamais été malade. Son père, ses frères et sœurs sont bien portants, sa mère a été enlevée en neuf jours par une fluxion de poitrine.

En septembre dernier, sans cause, il a été pris d'une constipation opiniâtre avec ténesme et parfois quelques filets de sang sur les selles. Après des purgations répétées, la constipation fait place à une diarrhée persistante avec sensation de brûlure à l'anus.

Il entre dans mon service le 25 novembre 1899, se plaignant de faiblesse, d'aimaigrissement et de diarrhée. Une tentative de toucher rectal provoquant de très vives douleurs, X... est endormi et le doigt constate que la paroi du trajet anal et de la portion sus-jacente du rectum est transformée en un tissu dur, comme cartilagineux, mamelonné, fixé dans l'excavation pelvienne. Il existe quelques petits ganglions inguinaux.

M. Quénu confirme le diagnostic de cancer du rectum, révoqué en doute par suite de l'*âge du malade*.

En décembre, la diarrhée persiste, sans traces appréciables de sang dans les matières. X... s'affaiblit.

Vers le milieu de janvier 1900 apparaît de l'œdème des bourses et de la verge, puis de la tuméfaction du foie avec gros nodules perceptibles à sa surface; pas d'ascite, mais tympanisme abdominal. La température reste à 37 degrés.

Le 26 janvier surviennent quelques nausées; la diarrhée persiste sans provoquer de douleur notable; en quelques jours, le malade est devenu squelettique.

Le 31, il vomit tout ce qu'il prend et s'éteint dans la nuit.

Depuis la première manifestation de la maladie, il s'est écoulé cinq mois.

Autopsie. — La paroi du trajet ano-rectal, sur une hauteur de 12 à 15 centimètres, est transformée en tissu cancéreux qui forme bloc avec les tissus environnants, sans fusion cependant avec la paroi vésicale. La partie supérieure du rectum est remplie de matières diarrhéiques, etc.; le gros intestin est fortement distendu par les gaz.

Toute la chaîne ganglionnaire du bassin et de l'abdomen est dégénérée. Le foie pèse près de 4 kilogrammes; il est truffé de noyaux cancéreux variant en grosseur d'une lentille à une petite orange.

Rien à signaler dans la rate et les reins.

La base des deux poumons adhère au diaphragme, et à droite il existe un petit nodule cancéreux. Rien à signaler dans le cœur; en particulier, il n'existe pas de noyaux sur l'endocarde.

Appendicite chronique.

M. Walther. — L'appendice que je vous présente a été enlevé il y a deux jours. Il n'est pas gros ni très long. Il avait environ 7 centimètres. Vous pouvez voir, en examinant la cavité ouverte sur toute la longueur, qu'il y a trois régions absolument distinctes :

1° L'extrémité de l'appendice, complètement oblitérée et transformée en un cordon fibreux sur une hauteur de 20 millimètres.

2° La partie moyenne, atteinte de folliculite évidente avec muqueuse boursouflée, semée d'arborisations vasculaires, de piqueté hémorragique et même de suffusions sanguines assez larges.

3° La base de l'appendice, absolument saine sur une hauteur de 15 millimètres environ.

Vous voyez, de plus, qu'en aucun point de la cavité persistante de l'appendice, dans les deux dernières régions, on ne trouve le moindre rétrécissement; il n'y avait ni calcul ni concrétion fécale.

Le point intéressant de l'histoire de cet appendice, c'est que la maladie avait évolué sourdement, d'une façon absolument latente, sans aucune poussée aiguë. La malade souffrait depuis très longtemps de troubles dyspeptiques avec douleurs vagues, mauvais état général, amaigrissement progressif. Elle avait épuisé toute la série des régimes ordinairement mis en usage contre la dyspepsie nerveuse, la dilatation de l'estomac, etc. A quelques reprises, elle avait présenté de petites poussées de colite muco-membraneuse.

Depuis quatre mois, les accidents avaient empiré et M. le Dr Margery, qui suivait la malade, avait songé à de l'appendicite, mais sans trouver les signes nets qui permissent de l'affirmer.

Or, les troubles dyspeptiques avaient commencé très nettement, il y a douze ans, après une fièvre typhoïde.

Dans ces conditions, je n'hésitai pas à porter le diagnostic d'appendicite chronique, reliquat de dothiénentérie, diagnostic qui fut confirmé par mon ami M. Jalaguier et aussi par M. Bouilly, à qui je demandai de vouloir bien me donner leur avis. Notre collègue M. Legendre, qui vint aussi me donner un avis médical, accepta la même opinion.

L'observation complète de cette malade sera publiée avec un certain nombre d'observations presque identiques, que j'ai pu recueillir depuis quelques années.

J'insiste ici sur cette forme particulière d'appendicite chronique *sans poussées aiguës* et anatomiquement caractérisée par une folliculite ascendante dont l'évolution progressive amène la sclérose, l'oblitération complète de l'extrémité, puis de la partie moyenne de l'organe. Et vous voyez quelle est la lenteur de cette évolution. Cet appendice est malade depuis douze ans. Le tiers à peine est oblitéré.

Chez un homme d'une quarantaine d'années que j'ai opéré l'an dernier dans mon service, les troubles dyspeptiques dataient de plus de vingt ans. Les deux tiers inférieurs de l'appendice étaient oblitérés, le tiers supérieur, en large communication avec le cæcum, était en pleine folliculite. Chez ce malade, les troubles dyspeptiques progressivement croissants étaient arrivés à un te degré, qu'il ne pouvait plus s'alimenter et qu'on avait un instant songé, à cause de l'intolérance gastrique et de l'amaigrissement, à un néoplasme de l'estomac. Depuis l'ablation de l'appendice, comme il est de règle en pareil cas, l'appétit est revenu, le malade n'a plus de troubles dyspeptiques et a repris ses forces et son embonpoint.

Je ne veux aujourd'hui appeler votre attention que sur la forme anatomique de ces très intéressantes lésions, me réservant d'apporter devant vous, un nombre d'observations cliniques suffisant, pour mettre en lumière les signes, l'évolution de la maladie et les résultats obtenus par le traitement chirurgical.

M. Quénu. — Pour admettre l'interprétation donnée par M. Walther, il faudrait montrer histologiquement l'existence de lésions ulcératives de la muqueuse au-dessus de la portion oblitérée.

M. Walther. — J'ai plusieurs observations du même genre avec examen histologique fait par M. Letulle; du reste, je ne veux pas chercher à donner une interprétation du mécanisme de l'oblitération. J'insiste seulement sur ce fait indiscutable, que l'oblitération s'est produite ici, par un processus exclusivement chronique et sans l'intervention d'aucune poussée aiguë.

M. Bazy. — L'oblitération complète de l'appendice n'est pas fatalement suivie de la disparition des accidents. J'ai, en effet, opéré un malade chez lequel l'appendice était totalement oblitéré et qui n'en conservait pas moins des troubles fonctionnels fort importants.

M Walther. — L'appendice enlevé par M. Bazy avait peut-être des adhérences. J'ai enlevé, en effet, des appendices qui ne présentaient plus aucune lésion, mais qui déterminaient des accidents, par le seul fait d'adhérences plus ou moins marquées. J'ai opéré, entre autres, une femme qui souffrait depuis trois mois d'un hoquet persistant. Les accidents avaient été imputés à des adhérences de l'ovaire avec la trompe; or, il n'y avait rien du côté des annexes, et l'appendice, long de 1 centimètre seulement, semblait sain; mais deux brides de 2 centimètres s'inséraient sur le cæcum et le tiraient par en bas; la résection de l'appendice et de ces brides fut pratiquée et le hoquet définitivement guéri.

Appendicite par pseudo-corps étranger.

M. Potherat. — La pièce que j'ai l'honneur de vous présenter est en elle-même assez banale, puisqu'il s'agit d'un appendice enlevé à froid il y a aujourd'hui quinze jours exactement, à une jeune femme de vingt-sept ans, actuellement guérie.

Mais il y a dans ce fait trois particularités sur lesquelles je veux insister, et qui me paraissent mériter quelque attention.

Tout d'abord, j'ai trouvé, dans l'extrémité libre de l'appendice, épaissie, dilatée à ce niveau, en massue, un corps étranger apparent. Or, les corps étrangers, qui, si l'on s'en rapporte aux traités classiques d'anatomie ou de pathologie, doivent être très fréquents dans l'appendice, sont, en réalité, fort rares, si je m'en rapporte du moins à mon expérience personnelle. Sur un très grand nombre d'appendices enlevés à chaud ou à froid et examinés avec soin, j'ai trouvé souvent des concrétions intestinales uniques ou multiples dans le même appendice; mais ces

concrétions étaient en totalité constituées par des matières fécales agglomérées. Une fois seulement, j'ai trouvé une particule métallique, semblant être un débris d'émail. Je vous ai présenté cette pièce. Dans le cas présent, le corps étranger intra-appendiculaire était encore une petite masse de matière intestinale à surface irrégulière, très dure, avec quelques arêtes vives.

La seconde particularité a trait à la modalité clinique présentée par la malade. Lors de la première attaque, survenue en octobre 1898, les phénomènes généraux classiques, très aigus, s'accompagnaient d'une contracture localisée et très vive, comme à l'ordinaire. Mais contracture et douleur siégeaient très haut, au niveau du bord antérieur du foie, en un point répondant assez exactement à la vésicule ; la fosse iliaque droite était souple et non douloureuse ; aussi le médecin de la malade avait-il obstinément porté le diagnostic de colique hépatique ; un léger ictère concomitant, bien explicable par l'état du tube digestif, prêtait à cette opinion un appui qui semblait de grande valeur.

La deuxième attaque, survenue environ un an après la première, parut plus démonstrative encore du diagnostic colique hépatique ou cholécystite : en effet, moins vive que la première, s'accompagnant de la même localisation douloureuse, elle montrait au niveau ou au voisinage de la vésicule une petite masse bien limitée, arrondie, un peu mobile, en tout semblable à la vésicule elle-même.

Et pourtant il s'agissait bien d'une appendicite, comme je l'avais pensé dès la première attaque ; mais l'appendice était relevé en dehors et au devant du cæcum et son extrémité libre s'élevait jusqu'auprès du bord antérieur du foie. D'ailleurs, le cæcum lui-même était très haut situé ; son extrémité inférieure ne débordait pas le plan horizontal passant par la crête iliaque ; enfin il était sur ses faces externe et postérieure recouvert d'une trame cellulo-vasculaire qui le fixait complètement à la paroi postérieure de l'abdomen suivant la disposition décrite comme habituelle par les anatomistes anciens et le professeur Sappey. Cette trame celluleuse enveloppait en grande partie l'appendice lui-même et rendit sa libération assez laborieuse,

La troisième et dernière particularité par laquelle je terminerai cette présentation a trait encore à une disposition anatomique que j'ai observée dans ce cas. En effet, pour arriver sur le cæcum je dus dérouler et relever plus de vingt-cinq centimètres de gros intestin, pourvu d'un long méso et descendant verticalement au-devant du cæcum, dans la fosse iliaque droite. Il y avait donc une ptose verticale du côlon ascendant coudé sur lui-même, au-dessus du cæcum, et descendant dans le grand bassin, avant de

remonter dans les parties supérieures de l'abdomen. C'est là une disposition que j'ai très souvent rencontrée à un moindre degré, il est vrai, au cours de mes opérations d'appendicite, à ce point que je me demande si cette disposition est bien anormale, exceptionnelle ; et si, chez l'adulte, au moins, le cæcum et le côlon ascendant, se continuant de bas en haut et verticalement, représentent bien la disposition anatomique habituelle.

Ce point particulier d'anatomie normale et pathologique a fait l'objet d'un travail récent et très intéressant d'un élève de M. Tuffier (Gaston Ducatte, *Thèse*, Paris, 1899), auquel j'ai fourni quelques faits où j'avais vu cette ptose du côlon ascendant, qui trouble tout d'abord, quand on arrive dans la fosse iliaque droite, à la recherche du cæcum, et qui constitue une petite complication dans l'ablation de l'appendice.

Telles sont les trois particularités, anatomo-pathologique, clinique et anatomique, offertes par la malade dout je vous présente l'appendice.

Kyste hydatique pré-vésical.

M Albarran. — K... âgé de cinquante-neuf ans, entré salle Velpeau, à l'hôpital Necker, le 1er février 1900.

Il y a dix-huit ans, ce malade reçut un coup violent au-dessus du pubis : il dut garder le lit pendant un mois. Peu de temps après apparut, au-dessus et sur le côté droit du pubis, une grosseur du volume d'une petite noix. Le malade ne s'était plus inquiété de cette grosseur jusqu'à l'année 1897 : il éprouva alors des douleurs assez vives dans le bas ventre et quelque difficulté dans la miction, les dernières gouttes d'urine auraient même été sanglantes. Tous ces phénomènes disparurent, mais vers la fin janvier 1900, des douleurs analogues à celles qu'il avait éprouvées deux ans auparavant, conduisent le malade à l'hôpital.

A son entrée, le malade se plaint de mictions fréquentes et souvent pénibles, la vessie ayant perdu de sa force contractile. Il existe, en outre, des douleurs qui siègent au niveau du pubis et qui s'irradient vers la région lombaire : ces douleurs sont constantes, mais surtout marquées pendant la marche.

A l'examen, on voit dans une région limitée par la ligne blanche et l'arcade crurale, dans la partie inférieure de la région, immédiatement au-dessus du pubis, une tumeur arrondie qui, en dedans, atteint et dépasse légèrement la ligne médiane : en dehors, la tumeur est limitée par une ligne verticale passant par la partie moyenne de l'arcade crurale : en haut, par une ligne horizontale allant de l'une à l'autre épine iliaque antéro-supérieure.

La tumeur paraît au palper lisse, arrondie, mobile dans le sens transversal. Par le toucher rectal, pratiqué à vessie vide, on constate l'existence d'une masse arrondie, du volume d'une orange, de consistance ferme.

Les muscles de la paroi abdominale en se contractant masquent complètement la tumeur. La vessie, artificiellement remplie, refoule en avant la tumeur qui devient beaucoup moins mobile.

L'examen cystoscopique démontre que la muqueuse vésicale est saine : lorsque pendant cet examen on presse sur la tumeur, on voit la paroi vésicale repoussée dans la cavité.

Je pensai à un kyste de la cavité de Retzius ou à un myome excentrique de la vessie.

Opération. — Le 7 février 1900, j'opérai ce malade. Je pratiquai dans la position inclinée l'incision de la taille longitudinale. Au devant et à droite du sommet de la vessie, je trouvai le kyste hydatique arrondi, gros comme une orange, que je vous présente. Le kyste siégeait dans le tissu sous-péritonéal et adhérait fortement aux organes voisins. En avant, je décortiquai assez facilement le péritoine et je trouvai un fort cordon allant vers l'ombilic; c'était l'artère ombilicale. A droite, le péritoine pariétal refoulé par la tumeur lui adhérait intimement ainsi que l'épiploon; je dus ouvrir le péritoine et en réséquer une partie ainsi qu'une assez grosse masse épiploïque; je trouvai enfin l'appendice étalé sur la tumeur et fortement adhérent, je l'enlevai. J'arrivai ainsi à décortiquer et à libérer toute la tumeur qui ne tenait plus que par en bas au sommet de la vessie : la couche musculaire de la vessie adhérait à la tumeur, dans une étendue de 3 centimètres carrés et s'étalait sur sa surface; je détachai soigneusement ces adhérences et, quoique la vessie ne fût pas ouverte, je crus prudent de faire à la vessie une suture de renfort et d'appui.

La tumeur, que j'ai ainsi complètement extirpée, présente le volume d'une orange; c'est un kyste hydatique ordinaire, plein de vésicules filles.

Les observations de kystes hydatiques pré-vésicaux sont extrêmement rares; presque toujours les kystes sous-péritonéaux du bassin siègent en arrière de la vessie où j'ai pu en observer trois exemples. Je crois que le kyste que je vous présente, est le seul qui ait été extirpé complètement.

Le Secrétaire annuel,
AD. JALAGUIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 14 FÉVRIER 1900

Présidence de M. Richelot.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. Pozzi, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Une lettre de M. Potherat, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

4° Une lettre de M. Tuffier, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

5° Une lettre de M. Lannelongue demandant à la Société de Chirurgie de désigner un délégué pour la représenter auprès du XIIIe Congrès international de médecine. — La Société désigne son secrétaire général, M. Paul Segond ;

6° Une lettre de remerciements de M. le Dr de Bovis (de Reims), lauréat du prix Demarquay ;

7° Un travail de M. Psaltoff, chirurgien de l'hôpital grec Saint-Charalambos (de Smyrne), intitulé : *Grossesse extra-utérine.* — Le travail de M. Psaltoff est renvoyé à une commission. — M. P. Delbet, rapporteur ;

8° Trois observations adressées par M. Lapeyre, chirurgien en chef de l'hôpital civil de Tours.

— La première observation de M. Lapeyre, intitulée : *Inversion utérine puerpérale totale irréductible traitée par l'hystérectomie vaginale*, est renvoyée à une commission. — M. Gérard Marchant, rapporteur.

— Les deux autres observations, intitulées, l'une : *Un cas de volvulus dû à des adhérences épiploïques consécutives à une appendicite traitée par laparotomie*, et l'autre : *Un cas d'appendicite pelvienne chez la femme avec ouverture dans le vagin, simulant une*

collection d'origine génitale, sont renvoyées à une commission. — M. P. Delbet, rapporteur;

9° Deux travaux adressés par M. le médecin principal Billot. — Le premier travail de M. Billot, intitulé : *Une observation de cure radicale d'hémorroïdes par le procédé de Whitehead*, est renvoyé à une commission. — M. Picqué, rapporteur.

— Le deuxième travail de M. Billot, intitulé : *Trois cas d'appendicite à évolution variable, résection, guérison*, est renvoyé à une commission. — M. Chauvel, rapporteur;

11° Un travail de M. Malapert, qui sera lu au cours de la séance.

10° M. le Président fait part à la Société de la mort de M. Brodhurst, membre correspondant étranger et de M. Decès (de Reims), membre correspondant national.

A l'occasion du procès-verbal.

Appendicite.

M. Routier. — A propos du malade présenté par M. Loison pour un abcès du foie consécutif à une appendicite, plusieurs d'entre nous ont cité des cas de suppuration à distance qui, ce me semble, ne doivent pas nous étonner quand on songe à quelle maladie infectieuse ils font suite; on pourrait dire qu'il est surprenant de ne pas voir plus souvent ces complications à la suite de l'appendicite.

Je vous ai cité, pour ma part, un cas d'abcès de la rate survenu très longtemps après une péritonite généralisée de cause appendiculaire que j'avais ouverte, lavée et guérie; j'aurais pu y ajouter deux cas rares de suppuration du Douglas, abcès rétro-utérins qui se sont produits dans les mêmes conditions, pendant la convalescence d'appendicites aiguës, que j'ai ouverts et guéris par l'incision du cul-de-sac vaginal; j'y ajouterais volontiers les cas d'ovarites ou de salpingites coïncidant avec l'appendicite, s'il m'était permis de savoir au juste quel est l'organe qui a été le premier malade, de l'appendice ou de la trompe; ce qui est certain, c'est que les deux lésions, appendicite et salpingite, sont très fréquentes et se rencontrent très souvent; je ne les compte plus.

Mais ce n'est pas pour revenir sur ces faits que j'ai demandé la parole, c'est parce que, comme trop souvent, la discussion a dévié, et qu'à propos de ces cas de suppuration à distance, suite d'appendicites, il s'est posé une nouvelle question, qualifiée par M. Quénu de para-appendicite.

Incidemment, Gérard Marchant a présenté des cas d'adénites pré-cæcales. Je n'en parlerai pas, si ce n'est pour dire que j'ai rencontré ces ganglions un certain nombre de fois, sans m'en étonner, puisque l'appendicite est une maladie inflammatoire et infectieuse.

Le cas où il a trouvé des ganglions suppurés avec un appendice sain serait pour nous étonner davantage si nous ne connaissions pas les innombrables adénites cervicales ou autres dans lesquelles nous trouvons des ganglions malades, enflammés, caséeux ou suppurés, sans qu'il nous soit donné de trouver la porte d'entrée de l'infection, le point de départ de la lymphangite qui a causé l'augmentation de volume ou la suppuration des ganglions. Je suis convaincu, pour ma part, que l'appendice, s'il n'était plus malade quand il a été enlevé, l'avait été et, sans être grand prophète, j'ose prédire à mon collègue et ami Gérard Marchant que sa malade n'aura sans doute plus d'accidents de côté-là.

Pour notre collègue Quénu, c'est bien autre chose ; il décrit des péritonites localisées développées dans le voisinage immédiat de l'appendice, et sans dépendance d'aucune lésion de cet organe, et en fait un nouveau chapitre qu'il appelle les para-appendicites. A l'appui de son opinion, il cite plusieurs observations ; il va me permettre de les reprendre après lui :

Tout d'abord, l'observation qu'il emprunte à Guinard : Il me semble que c'est là un cas banal de perforation intestinale. L'orifice siégeait à 30 centimètres de la terminaison de l'iléon, et, nous dit l'auteur, ressemblait à un ulcère rond. Cette perforation a donné lieu à une péritonite suppurée localisée, comme on en trouve autour de l'estomac ou du duodénum en pareil cas ; je ne vois pas là de quoi faire un nouveau chapitre de pathologie.

Sa seconde observation me paraît se rapporter à un de ces nombreux cas dont je parlais tout à l'heure, où il y a lésion des annexes et de l'appendice. Qui a commencé? disais-je. Je ne saurais le dire, cependant pour les cas où les lésions sont unilatérales et à droite, j'ai beaucoup de tendance à incriminer l'appendice.

La malade de M. Quénu avait une salpingite droite suppurée avec adhérence de l'appendice, et, en outre, une perforation du cæcum, recouverte par des fausses membranes étendues du cæcum au pavillon de la trompe; il y a là toute une série de lésions anciennes remontant certainement à une crise datant de huit ans, mais cette crise me paraît bien avoir été cliniquement une crise appendiculaire.

Pourquoi ces crises, ces lésions sont-elles toujours à droite et pas à gauche?

La première observation de Quénu est plus suggestive ; si on ne lit que la partie clinique, il me semble que voilà une observation d'appendicite vulgaire, avec, ce que j'ai vu bien souvent, plus de lésions sur l'iléon et le cœcum que sur l'appendice : nous avons tous vu des cas de péritonite généralisée et de la forme la plus grave, la péritonite septique, avec des appendices à peine malades.

C'est le même cas pour l'observation citée par Albarran ; l'iléon, dit-il, était couvert d'exsudats, il était poisseux, c'est là que les lésions péritonéales étaient le plus avancées ; mais c'est ce qu'on trouve presque toujours quand on opère les appendicites à l'état aigu ; je ne relèverai pas dans cette observation, ce qui a trait à la question de l'appendicite familiale, c'est un bel exemple à ajouter à ceux que nous avons déjà présentés ici ; la question ne me paraît plus discutable.

Quant à ce qui est des deux plaques gangreneuses observées sur le cæcum et que M. Albarran considère comme « sans rapport direct avec les lésions appendiculaires », je lui laisse la responsabilité de cette interprétation, que je n'accepte pas du reste.

Mais tandis que dans l'observation d'Albarran, l'appendice était malade, M. Quénu nous dit : « L'appendice a été débité en coupes par M. Landel ; aucune trace d'ulcération, la muqueuse est partout normale, les follicules clos ne paraissent pas tuméfiés » ; cependant quand il a enlevé l'appendice, M. Quénu l'a trouvé congestionné, il n'était donc pas sain ; il me rappelle ce cas où un enfant pris d'appendicite avec 40 degrés et 140 pulsations fut opéré par moi, dix heures environ après le début des accidents, son appendice lui aussi n'était pas ou ne paraissait pas très malade, il était un peu congestionné : sur la muqueuse, on trouvait deux ou trois points ecchymotiques ; le médecin du petit malade, quand nous le quittâmes à une heure du matin, croyait bien que j'avais fait une opération de luxe, mais quand, le lendemain matin, à sept heures, il trouva l'enfant avec 37 degrés et 60 pulsations, il se rangea à mon sentiment.

L'appendice de M. Quénu avait peu de chose, mais je reste convaincu qu'il a été le point de départ de la maladie et, comme pour le malade de Gérard Marchant, je lui prédis une guérison complète et durable pour son malade ; l'histologie n'a rien donné, mais est-elle si impeccable ?

Les cas d'épiploïtes cités par M. Nimier ne me paraissent pas non plus de nature à modifier nos idées sur l'appendicite. Que de fois ai-je vu l'appendice sous le cæcum, et l'épiploon en avant de l'intestin, rouge, congestionné, épaissi, et cependant c'est bien l'appendice qui est en cause.

Quant à son cas d'épiploïte secondaire, il rentre dans les faits qui ont ouvert cette discussion, cas des suppurations à distance.

Je suis étonné de voir mon ami Bazy s'acharner à défendre l'entité de la vieille typhlite; sans doute on peut avoir une perforation du cæcum, comme on a une perforation du côlon et de l'intestin grêle, mais ne jouons pas sur les mots, ce n'est pas de la typhlite telle qu'on l'entendait autrefois.

J'ai observé des cas analogues au premier qu'il cite, et je puis lui affirmer que ces matières pseudo-sarcomateuses sont de simples lésions inflammatoires dues à l'appendicite; dans son observation, il n'a pas vu l'appendice, la plaie à suppuré et guéri.

La seconde observation qu'il cite vient du reste à l'appui de ma thèse; il ouvre successivement plusieurs abcès à une jeune fille, il finit par lui enlever son appendice, et elle est définitivement guérie. Que lui faut-il de plus?

Pourquoi donc, si l'appendice n'était pas la cause, n'aurait-on pas autant de maladies dans la fosse iliaque gauche que dans la fosse iliaque droite? Il y a certes autant de ganglions, autant de lymphatiques, autant de tissu cellulaire, autant d'intestin, et le contenu de l'S iliaque est bien comparable au contenu du cæcum.

Nous avons tous senti le boudin formé par l'S iliaque rempli de matières stercorales, avons-nous jamais observé alors, quelque chose qui ressemblât à l'appendicite?

Il me semble qu'en voulant trop chercher les exceptions, les cas particuliers, vous allez troubler la pratique encore trop hésitante de nos collègues de médecine, et que, sans le vouloir certainement, vous allez détruire cette notion que nous avons eu assez de mal à répandre, c'est que la douleur dans la fosse iliaque droite avec fièvre, nausées ou vomissements et rétention de gaz doit faire dire à tout praticien : gare à l'appendicite.

M. Quénu. — L'argumentation de M. Routier ne m'a nullement convaincu; nous n'avons pas à nous inquiéter de l'effet de nos discussions sur les opinions des médecins, mais à nous occuper de la vérité. Il est arrivé pour l'appendicite ce qui est arrivé pour toutes les questions scientifiques en général : au début, pour établir une entité morbide, on généralise à outrance, on exagère non sans quelque raison; dans une seconde période précisément, on étudie les cas particuliers qui s'écartent de la règle. L'histoire de l'appendicite est assez faite, assez établie pour examiner aujourd'hui les cas particuliers. Or, il est incontestable qu'à côté des appendicites il y a des syndromes cliniques qui simulent l'appendicite et dans lesquels on constate une absence de lésions appendiculaires. L'absence de lésions appendiculaires, je ne sau-

rais trop insister sur ce point, est la caractéristique absolue de la para-appendicite. Or, cette absence de lésions est incontestable dans mon observation. En effet, ce n'est pas la rougeur du péritoine à la surface de l'appendice qui peut me contredire; il serait en vérité étrange qu'un appendice plongé dans un foyer suppuré eût sa surface pâle et non vascularisée, mais ce ne sont pas, que je sache, les lésions de l'extérieur qui caractérisent l'appendicite, ce sont les lésions de la muqueuse; or, de même que pour l'étude d'un embryon, l'appendice a été débité en coupes et pas une seule coupe n'a montré d'érosion ni de simple augmentation de volume des follicules clos; l'appendice dans cette observation était donc incontestablement indemne.

J'accorde que ces faits sont rares, ils doivent être connus néanmoins, et ils ont cette importance pratique de porter les chirurgiens à faire l'examen de la terminaison de l'intestin grêle et du cæcum lorsque les lésions péritonéales constatées contrastent avec l'intégrité apparente de l'appendice.

M. Bazy. — Si l'appendicite se montrait toujours avec les mêmes caractères cliniques; si, d'autre part, en faisant l'opération, nécessitée par le diagnostic appendicite, on trouvait toujours les mêmes lésions, on serait autorisé à dire toujours appendicite. Mais il n'en est rien. C'est pourquoi j'avais établi une classification entre les lésions qu'on a classées sous le nom de para-appendicites.

J'avais d'un côté avec mon ami Gérard Marchant, cité une adénopathie analogue aux siennes.

D'un autre côté, j'ai cité un cas d'abcès à répétition de la région lombaire qui avait pour point de départ une appendicite, et qui m'avait conduit à l'ablation de l'appendice. Or, cela n'avait pas suffi, parce que les lésions infectieuses qui avaient constitué l'appendicite, avaient déposé dans des points éloignés et même hors de la cavité abdominale, des germes infectieux qui avaient été le point de départ de ces abcès.

En me plaçant ensuite au point de vue anatomique, j'ai dit qu'il peut y avoir des lésions dans d'autres organes que l'appendice, dans le cæcum et dans la région de la valvule iléo-cœcale et je parle ici non seulement des péritonites, des rougeurs et des dépôts du péritoine, mais des épaississements interstitiels du cœcum et de la fin de l'iléon.

Ces lésions consistent encore dans des ulcérations du cæcum qui obligent à une thérapeutique spéciale. Je viens encore d'en observer deux cas, chez des malades opérés à froid. Dans ces deux cas, à côté d'un appendice qui avait été ulcéré et détruit à sa base, dans l'un des cas, à un centimètre de sa base, dans l'autre

cas; dans ces deux cas, dis-je, j'ai trouvé une perforation qui a nécessité la suture et qui m'a obligé à une manœuvre différente de celle de l'appendicite simple où on se borne à réséquer, cautériser, fermer et enfouir l'appendice.

Si je voulais ergoter sur les mots, je pourrais dire, quand je vois une perforation à la base de l'appendice, que l'ulcération est aussi bien cæcale qu'appendiculaire : vous comprenez que je n'en veux pas faire argument.

Je ne vois pas de raisons pour que les follicules clos du cæcum et de la valvule iléo-cæcale ne soient pas atteints des mêmes ulcérations que ceux de l'appendice.

M. Reynier. — Je veux prendre la parole pour citer quelques faits à l'appui de ce que vient de dire M. Quénu.

A côté de l'appendicite, il existe des affections qui se présentent avec les mêmes symptômes, occlusion, tumeur, point de Mac Burney, on fait le diagnostic d'appendicite et on se trouve en présence de lésions toutes différentes.

Voici deux cas très nets sans doute possible.

Un malade m'est amené à l'hôpital; il a de l'occlusion, une masse dans la fosse iliaque, j'opère, je trouve un énorme paquet ganglionnaire caséeux se dirigeant vers la colonne vertébrale. Le malade mourut. A l'autopsie, son appendice était absolument sain.

Le deuxième malade venait de Lausanne; là, on lui avait dit qu'il avait une appendicite. Il avait un point douloureux, une tuméfaction. Je fais le diagnostic d'appendicite. L'appendice n'était pas malade, mais au-dessous de la tuméfaction je trouvai un abcès dû à une uretérite blennorragique. Après avoir incisé, j'eus une fistule urinaire qui se ferma du reste seule. Il y avait eu tous les signes d'une inflammation de l'appendice, et pourtant celui-ci n'était pas en cause. On a bien fait d'appeler l'attention sur ces cas, ce sont de fausses appendicites. Quant aux para-appendicites, il faut, je crois, réserver ce nom aux cas où les lésions concommitantes de l'appendicite sont plus considérables que celles que présente l'appendice lui-même.

Ainsi, voici un cas, par exemple, le cæcum est engainé dans une masse de tissu épiploïque enflammé, j'enlève l'appendice, tout rentre dans l'ordre. Ce cas, je crois, mérite le nom de para-appendicite, les autres de pseudo-appendicites. Je crois que M. Quénu a bien fait d'attirer l'attention sur ces faits qui montrent que tout phénomène douloureux de la fosse iliaque droite, ne relève pas forcément de l'appendicite.

M. Pierre Delbet. — Si j'ai bien compris, M. Quénu a eu pour but d'exposer qu'il existe dans la région iliaque des affections qui simulent l'appendicite et dans lesquelles l'appendice n'est pour rien. C'est là une vérité hors de contestation et dont nous sommes tous informés. A cela d'ailleurs, rien d'étonnant, car les symptômes de l'appendicite sont tout simplement des symptômes de réaction péritonéale dans le segment inférieur droit de l'abdomen.

On a cité ici divers exemples d'affections qui ont simulé l'appendicite. J'en puis apporter un autre.

Il s'agissait d'un vieillard qui avait, lorsque je le vis, des symptômes de péritonite généralisée. La douleur avait débuté dans la fosse iliaque droite, c'est là qu'elle avait encore son maximum. Je fis, avec d'autres, le diagnostic d'appendicite. Le ventre ouvert, je constatai que la péritonite était bien généralisée, mais l'appendice était sain et il existait sur la face antérieure du cæcum, à 3 centimètres environ de l'insertion appendiculaire, une perforation. Il s'agissait donc d'une typhlite ulcéreuse et perforante.

Il est bien certain que le cæcum peut se perforer comme le côlon, comme toute autre portion de l'intestin. Mais il est non moins certain, que les lésions de l'intestin, grêle ou gros, qui retentissent sur le péritoine sont rares à côté de l'appendicite, dont la fréquence est extrême.

Pour désigner ces affections qui sont cliniquement des appendicites, mais qui n'en sont pas anatomiquement, M. Quénu a imaginé un mot nouveau : il les appelle des para-appendicites.

Parmi les affections qui ressemblent à des appendicites et qui n'en sont pas, il n'y en a point de plus fréquente que la salpingite droite. Nous avons tous fait ou vu faire l'erreur de diagnostic qui consiste à prendre une salpingite droite pour une appendicite. Certes, cette erreur est en général facile à éviter, mais cependant elle est commune.

Si nous acceptons la nomenclature de M. Quénu, nous allons donc être obligés de ranger la salpingite dans les para-appendicites, et aussi les uretérites singulières dont vient de nous parler M. Reynier, et aussi les perforations de l'estomac qui ont été prises pour des appendicites, et quoi encore?

Quand on prend une lésion du cæcum, une lésion de l'uretère, une lésion de la trompe, etc., pour une appendicite, on fait tout simplement une erreur de diagnostic. Et le cas échéant, s'il m'arrivait de faire une de ces erreurs, ce ne serait nullement une consolation pour moi de me dire que s'il ne s'agissait pas d'une appendicite, il s'agissait au moins d'une para-appendicite.

Je ne vois pas du tout l'avantage qu'il peut y avoir à englober

sous une même étiquette des affections aussi profondément disparates que la salpingite, l'uretérite, les ulcères du cæcum et même de l'estomac. Au lieu de chercher à les rapprocher par ce qu'elles ont de commun, c'est-à-dire la réaction du péritoine, il vaudrait bien mieux, ce me semble, chercher à les différencier. Au lieu d'adopter un mot qui couvre les erreurs de diagnostic, il vaudrait mieux chercher à les éviter.

Je ne crois donc pas que le vocable proposé par M. Quénu soit bien utile.

Mais admettons par hypothèse que la nécessité d'un mot nouveau se fasse sentir en cette affaire. Il resterait encore à se demander si celui de M. Quénu dit bien ce qu'il veut dire. C'est une question de nomenclature, oui — et je sais qu'on ne s'occupe guère de ces questions à l'heure actuelle — j'estime cependant qu'elles ont une très grande importance, car une science n'est vraiment faite que lorsqu'elle a une bonne nomenclature.

C'est Virchow, je ne crois pas me tromper en l'affirmant, qui a le premier employé le préfixe « para ». Il convient donc, ce me semble, si on veut s'en servir après lui, de se demander quel sens il a entendu lui donner. Il s'est, d'ailleurs, fort clairement expliqué sur ce point.

Il a employé le préfixe « para » pour désigner les inflammations du tissu cellulaire, et il l'a opposé au préfixe « péri » qui existait antérieurement et servait à désigner les inflammations du revêtement séreux. Ainsi le mot *périmétrite* existait et s'appliquait aux péritonites péri-utérines ; il a créé le mot *paramétrite* pour désigner les inflammations du tissu cellulaire pelvien. De même, le mot *paranéphrite* s'appliquait aux phlegmons périnéphrétiques, et *périnéphrite* aux inflammations du péritoine de la fosse lombaire. Bref, le préfixe « para » désignait, dans l'idée de Virchow, les inflammations du tissu cellulaire. Or, M. Quénu n'a pas du tout l'intention de désigner par le mot para-appendicite des affections du tissu cellulaire ; il entend au contraire des lésions péritonéales.

Second point : Virchow en employant les mots de paramétrite, paranéphrite, paracystite, ne se proposait pas d'indiquer que le viscère dont le nom suivait le préfixe « para » n'avait rien à voir dans l'affaire ; bien au contraire, il voulait marquer l'étroite dépendance qu'il y a entre les affections des viscères et les lésions du tissu cellulaire qui les entoure. Quand il parlait de paramétrite, il n'entendait pas dire que la lésion était indépendante de l'utérus, mais bien au contraire qu'elle en dépendait directement.

Or, M. Quénu veut justement désigner par le mot para-appendicite des affections qui sont tout à fait indépendantes de l'appendice.

Il est donc sur les deux points en complet désaccord avec Virchow.

Je vois M. Quénu sourire et sans doute il me dira que tout cela lui importe peu. Je retrouve le dédain de la nomenclature dont je parlais tout à l'heure. Ce dédain, je vous l'ai dit, je ne le partage pas : il s'en faut.

En tout cas, quelle que soit l'opinion théorique que l'on professe sur ce point, il n'en reste pas moins, quand on parle ou qu'on écrit, une nécessité, c'est celle de se faire comprendre. Or, comment voulez-vous qu'on soit compris si on emploie les mêmes syllables dans des sens complètement différents? Quand on se sert de ces préfixes ou de ces suffixes qu'on peut à volonté transporter devant ou derrière tous les noms de viscères, il est indispensable de leur conserver constamment le même sens. Si on leur donne à volonté des sens non seulement différents mais opposés, l'auditeur ou le lecteur est dérouté, il est dans le vide, il s'égare, il ne comprend pas, il ne peut pas comprendre. Virchow a la priorité; on ne peut pas la lui disputer, car le mot paramétrite a passé dans la langue. Il a le premier employé le suffixe « para », force est de conserver le sens qu'il lui a donné.

Je résume en quelques mots les trois points que j'ai touchés :

1° Il y a certainement, comme l'a dit M. Quénu, des affections de la fosse iliaque qui ressemblent à des appendicites et qui n'en sont pas ;

2° Je ne crois pas qu'il y ait avantage à réunir sous un même vocable ces affections profondément disparates;

3° Si, contrairement à ma manière de voir, il y a avantage à le faire, il faudrait chercher un autre mot, car le mot para-appendicite ne s'applique pas à son objet.

M. Quénu. — Je ne suivrai pas M. Delbet dans cette discussion sur la nomenclature et la propriété du terme para-appendicite.

Je n'ai pas eu à m'occuper de la façon dont Virchow comprend le mot para-appendicite. J'ai simplement voulu indiquer un groupe de lésions développées au voisinage de l'appendice. Relativement à ce que M. Delbet vient de dire à propos de la salpingite, je ferai remarquer que j'ai eu soin de mettre de côté tout ce qui a trait aux erreurs de diagnostic. J'ai voulu viser, dans ma communication, une région iléo-cæcale remarquable par l'abondance des follicules clos et dans laquelle leur inflammation est particulièrement fréquente. Mon but a été d'éviter ainsi des erreurs de diagnostic après l'ouverture du ventre. Bien évidemment, il faut chercher, avant d'opérer, à établir le diagnostic clinique entre l'appendicite et les inflammations des organes voi-

sins; pour la salpingite en particulier, M. Bouilly en a donné les éléments au dernier congrès de chirurgie et nous y arrivons en général, excepté dans les cas ou la trompe se trouve déplacée ou fusionnée avec l'appendice. Mais dans les cas que j'ai eus en vue dans ma communication, il faut examiner minutieusement l'intestin, une fois le ventre ouvert, pour reconnaître s'il n'y a pas une lésion intestinale à côté d'un appendice en apparence sain. C'est, je le répète cette nécessité qui m'a porté à grouper sous une même dénomination, la série des lésions donnant lieu à une même manifestation clinique et qui relève d'une seule lésion fondamentale, l'inflammation des follicules lymphatiques disséminés dans les différents segments de la région iléo-cæcale.

M. Pierre Delbet. — Je veux simplement poser une question à M. Quénu. Il vient de nous dire que les para-appendicites étaient l'inflammation des follicules clos de la fosse iliaque droite ; c'est donc alors l'ancienne typhlite ou pérityphlite?

M. Quénu. — C'est de la pérityphlite, de la péri-iléite, etc.

Communication.

Grossesse tubaire de deux mois environ. Ablation de la trompe. Guérison,

par M. le Dr MALAPERT (de Poitiers).

Mme Y..., âgée de trente-six ans, de taille moyenne, bien constituée, ne présente rien d'anormal dans ses antécédents héréditaires.

Ses antécédents personnels sont assez chargés. Après avoir passé une jeunesse assez satisfaisante, elle se marie à dix-huit ans et demi et contracte la syphilis. Les accidents en sont peu intenses, aussi fait-elle un traitement spécifique de courte durée. Elle n'a jamais fait de fausse couche, mais son premier enfant meurt au bout de cinq semaines, ayant le « foie enflé », nous dit-elle. Cet accouchement remonte à 1883.

Cinq ans plus tard, en 1888, elle a un second enfant, une fille, qui se porte bien actuellement. Enfin, en 1897, elle a un troisième enfant qui se porte également bien.

A la suite de son premier accouchement, on constate une inflammation du col et des cautérisations sont pratiquées pendant un an.

Pendant ses deux premières grossesses, la malade vit ses règles reparaître à partir du cinquième mois et continuer régulière-

ment, bien que peu abondantes, jusqu'à l'accouchement. Cette anomalie ne s'est pas produite lors de la troisième grossesse.

Dans l'intervalle des trois grossesses, les règles furent régulières, d'une durée moyenne de cinq jours, mais suivies de pertes blanches abondantes, quelquefois teintées en jaune ou rouge-brique.

Au mois de septembre dernier, Mme Y... alla passer quelque temps dans sa famille, dans le Midi, mais, souffrant du ventre, elle consulta un médecin qui constata que le col utérin était très rouge et diagnostiqua une métrite suraiguë (?)

Arrivée dans sa famille, elle eut des vomissements, des pertes de connaissance avec sueurs froides en même temps que des coliques très douloureuses. Une sage femme fit alors des cautérisations du col au nitrate d'argent.

La malade arrive à Poitiers le 26 octobre, dans un état de très grande fatigue, présentant toujours des vomissements, des syncopes avec sueurs froides; elle est d'une faiblesse extrême, souffrant du ventre et ne se nourrissant pas.

Le 11 novembre, nous voyons la malade en consultation avec le Dr Roland.

Nous apprenons alors que la malade, qui a eu ses règles le 20 août, ne les a pas revues depuis cette époque, mais qu'elle perd du sang et des caillots depuis trois jours.

L'état général est mauvais; le ventre est ballonné, douloureux et le palper abdominal permet de sentir une tumeur siégeant à droite de la ligne médiane, mobile, remontant à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Le toucher vaginal permet de constater que cette tumeur est distincte de l'utérus, qu'elle le repousse à gauche et en arrière. Des pressions exercées sur cette tumeur, sont douloureuses.

Devant cet ensemble de symptômes tant physiques que fonctionnels, nous posons le diagnostic de grossesse intra-utérine et proposons une intervention dont l'idée est repoussée.

Le 15 novembre, l'état s'aggrava, il y eut des pertes plus abondantes de couleur rouge-brique. Les douleurs du bas-ventre augmentent, la température monte à 40 degrés, il y a des vomissements. Le Dr Chrétien appelé en notre absence, propose une intervention immédiate qui est encore refusée.

Quelques jours après, il y eut une détente dans les phénomènes, mais, au bout de huit ou dix jours, des phénomènes d'obstruction intestinale se produisirent. La malade resta onze jours sans aller à la selle, le ventre était très ballonné, les vomissements reparurent.

Enfin, ne voyant pas survenir d'amélioration notable, la malade accepta l'opération.

Le 28 décembre, nous pratiquons l'opération avec l'aide des Drs Chrétien et Billot, médecin militaire.

Le ventre est ouvert sur la ligne médiane, sur une longueur de 15 centimètres et nous voyons la tumeur salpingienne voilée par le mésentère. En effet, une anse intestinale partie du côté gauche de l'abdomen est venue dans le flanc droit ; nous réclinons cette anse légèrement adhérente à la tumeur et procédons à l'ablation de la trompe malade. Des adhérences se détruisant facilement avec le doigt existent sur toute l'étendue de la tumeur, l'unissant, en haut, à une anse intestinale, sur son bord libre, en bas, à toute la partie du péritoine pelvien, recouvrant la face antérieure de l'utérus et la face postérieure de la vessie. Cette libération est assez facile et se fait sans ouverture de la poche fœtale qui est enlevée, après ligature, en chaîne à la soie, du pédicule constitué par la trompe et le ligament utéro-ovarien. La partie du péritoine où existaient des adhérences saignant un peu, nous établissons un drainage à la gaze stérilisée.

Les trois premiers jours, les suites opératoires sont des plus normales, et nous enlevons le drainage au bout de soixante-douze heures.

Mais aussitôt la température monte pour atteindre en quatre jours 40°7 le soir ; le matin, elle reste à 38, 38°3 au plus. Malgré cette élévation de température, il n'y a ni ballonnement du ventre, ni frissons, ni vomissements ; le pouls est bon et sa fréquence est en rapport avec la température ; le facies n'est pas grippé, il y a émission de gaz et matières par l'anus, même de la diarrhée ; la quantité des urines est normale.

Voyant que nous avions affaire à une infection localisée au petit bassin qui était douloureux et donnait la sensation d'un empâtement profond, nous endormons à nouveau la malade et plaçons deux gros drains en canon de fusil dans le cul-de-sac de Douglas qui était libre, tapissé de fausses membranes, mais ne contenait qu'une très faible quantité de sérosité louche.

Dès le lendemain, la température tombe à 38°4, puis à 37°5 le soir, et à partir du 18 janvier, elle se maintient entre 37 et 38 degrés pour être tout à fait normale à partir du 27.

En même temps il se formait une vaste escarre du sacrum qui a bien pu apporter son contingent aux poussées de température, de même que la constipation qui alternait avec des débâcles diarrhéiques.

Dès le début des accidents fébriles, nous avons fait à la malade des injections de sérum artificiel (eau salée), dont la quantité a varié de 600 à 200 grammes par vingt-quatre heures. Pendant quatre jours aussi, nous lui avons fait des injections de caféine

alternant avec des piqûres d'éther, à raison de 0,80 de caféine et 4 grammes d'éther par vingt-quatre heures.

Actuellement la malade est rétablie, le drainage abdominal est comblé, l'escarre est en bonne voie de guérison, l'appétit est revenu.

La pièce que nous joignons à cette observation permet de voir que la tumeur salpingienne était bilobée; la partie la plus volumineuse, correspondant à l'extrémité libre de la trompe, renferme des caillots sanguins; l'autre lobe renferme un fœtus de deux mois environ.

Cette observation nous a paru intéressante :

1° A cause de la rareté relative de la grossesse tubaire diagnostiquée au début et de la présence dans la tumeur d'un fœtus bien visible ;

2° En raison des phénomènes infectieux graves tenant au défaut de drainage du cul-de-sac de Douglas (drainage qui ne m'avait pas paru nécessaire à cause de la situation de la tumeur en avant de l'utérus) ;

3° A cause des très bons résultats dus à l'emploi du sérum artificiel.

Lecture.

M. Lyot lit une communication sur un *cas d'invagination intestinale traité par la laparotomie chez un enfant de dix mois.* — M. Kirmisson, rapporteur.

Présentation de malade.

Actinomycose du maxillaire inférieur.

M. Guinard présente une malade de vingt-trois ans atteinte d'*actinomycose du maxillaire inférieur.* Cette jeune femme est soignée depuis cinq mois par son médecin pour des abcès sous-angulo-maxillaires attribués à de la périosite dentaire. J'ai fait le diagnostic d'actinomycose à cause de l'aspect général du mal avec cette diffusion de l'œdème dur remontant du côté de l'arcade zygomatique. De plus, en pressant sur la masse, on fait sourdre un peu de pus grisâtre contenant des grains jaune soufre. C'est en écrasant ces grains sur une plaque et en colorant la préparation, que M. Lutier, interne à Bicêtre, nous a montré le chevelu caractéristique des actinomycès.

Je publierai ultérieurement l'observation de cette malade dans tous ses détails, mais dès aujourd'hui j'appelle l'attention sur la pathogénie de ce cas particulier. Notre malade fabrique des brosses à dents depuis l'âge de douze ans. Voici en quoi consiste

son travail : on lui donne à l'atelier des paquets de soies de porc. Elle les emporte chez elle et les lave dans de l'eau de savon « sans les brosser ». Elle en prend un petit paquet entre les dents et les introduit par petits faisceaux dans les trous de la plaque. Il paraît bien vraisemblable que l'inoculation a dû se faire par une dent cariée, car c'est là que la suppuration s'est montrée tout d'abord, et on peut admetre que c'est la soie du porc qui a été la cause de l'infection. Il est clair que le fait peut se présenter assez souvent, si l'on songe que les porcs se vautrent constamment dans le fumier, dans le purin des fermes, etc... Notre malade, qui tous les ans fait la moisson, ne l'a pas faite cette année parce qu'elle était enceinte; et je le répète, c'est, je crois, le séjour continuel des soies de porc dans sa bouche qu'on peut incriminer.

Nulle part je n'ai vu accuser cette cause possible d'actinomycose, et en y réfléchissant on pourrait trouver, dans l'usage d'une brosse à dents insuffisamment nettoyée, la pathogénie de certains cas d'actinomycose observés sur des citadins qui n'ont jamais mis à la bouche, des grains, du maïs, des épis, des tiges de graminées, etc... Dans tous les cas, cette observation est une bonne occasion de recommander de ne jamais se servir d'une brosse neuve sans l'avoir lavée à l'alcool, sans l'avoir fait bouillir, en un mot sans avoir pris les précautions que les fabricants ne peuvent garantir au consommateur.

Fracture indirecte de la rotule. Lésions sérieuses des téguments et des tissus périarticulaires. Cerclage de la rotule au fil d'argent au bout de trois semaines. Guérison. Excellent résultat fonctionnel.

M. Schwartz. — J'ai l'honneur de vous présenter un blessé auquel j'ai fait, le 10 novembre 1899, un cerclage de la rotule pour une fracture indirecte avec lésions des téguments et infiltration sanguine de tous les tissus périarticulaires. L'écartement était à 3 centimètres.

Nous avons cru devoir attendre trois semaines pour laisser se résorber le sang et revenir à leur état normal les tissus et la peau.

Le cerclage de la rotule avec un gros fil d'argent tordu sur le côté externe, après nettoyage de l'articulation et ablation des coagulums fibrineux, a été pratiqué le 10 novembre.

La mobilisation de la jointure a été commencée dès le vingtième jour.

L'opéré a quitté le service le 9 décembre 1899.

Il est garde champêtre à Sceaux; les fonctions du genou se sont

rétablies dans de très bonnes conditions; la flexion dépasse l'angle droit. La rotule paraît augmentée dans tous ses diamètres.

Deux autres cerclages, pratiqués il y a deux mois, m'ont donné aussi un très bon résultat.

Présentation de pièces.

M. Doyen présente un *lymphangiome caverneux de la région lombaire et des régions inguinales.* — M. Hartmann, rapporteur.

Appendice enlevé à froid.

M. Bazy. — L'appendice que je présente n'a rien d'intéressant en lui-même.

Il n'offre d'intérêt que parce qu'il vient d'un malade que j'ai opéré à froid, et qui avait subi à chaud trois interventions : une à Rennes, les deux autres à Paris, par deux chirurgiens de garde qui avaient cherché l'appendice et ne l'avaient pas trouvé. Or, je crois n'avoir pas trouvé d'appendice plus facile à enlever que celui-ci : il était derrière le cæcum ; il m'a suffi de relever celui-ci pour le trouver et l'enlever.

J'ai fait cette présentation en réponse à une réflexion de M. Poirier qui a dit qu'il fallait toujours enlever l'appendice lorsqu'on opère à chaud ; or il peut se faire qu'on ne le trouve pas.

Appendicite chronique.

M. Jalaguier. — Voici un appendice qui se rapproche beaucoup de celui que M. Walther vous a montré dans la dernière séance. Il appartenait à un homme de quarante-deux ans, atteint depuis six ans de troubles gastro-intestinaux attribués à la dyspepsie et caractérisés par des crises douloureuses avec ballonnement du ventre. A la fin de novembre 1899, une crise un peu plus forte que les précédentes, avec prédominance de la douleur à droite et existence du point de Mac Burney, fut observée par M. Delanglade (de Marseille) qui n'hésita pas à porter le diagnostic d'appendicite.

J'ai examiné ce malade le 3 janvier dernier et comme il était fort amaigri, j'ai pu sentir avec une très grande netteté, l'appendice dur et roulant sous le doigt. J'ai conseillé l'intervention, car l'expérience m'a appris que, dans les cas de cette catégorie, une crise aiguë est toujours menaçante, et que, d'autre part, l'excision de l'appendice chroniquement enflammé, suffit à faire disparaître

la plupart, sinon la totalité, des accidents prétendus dyspeptiques.

L'opération a été pratiquée le 8 février. Elle a été fort simple. L'appendice, libre dans le péritoine, était long de 8 centimètres; son extrémité, effilée et ratatinée, était pâle et d'aspect fibroïde; la partie moyenne, un peu renflée, avait la coloration normale. La base, plus congestionnée, portait quelques tractus séreux s'étendant sur le cæcum couvert lui-même de néoformations séreuses rosées, minces et transparentes. Le méso-appendice, sain, ne renfermait pas de ganglions appréciables.

L'appendice a été incisé en long et vous pouvez constater que son extrémité est dépouvue de muqueuse dans l'étendue de 15 millimètres environ. La lumière du canal a presque complètement disparu à ce niveau et la paroi, très épaissie, est fibreuse.

A un centimètre au-dessus, existe un rétrécissement très net par épaississement sous-muqueux. Un deuxième rétrécissement se trouvait près du cæcum, au niveau du point de section. Entre les rétrécissements, la muqueuse est tomenteuse et boursouflée.

Il semble qu'il y ait dans ce cas, comme dans celui de M. Walther, un processus ascendant d'oblitération.

J'ai observé, depuis deux ans, un bon nombre de cas analogues chez des malades atteints de dyspepsie ou de colite muco-membraneuse. Une remarque que j'ai bien souvent faite, au moment de l'opération, est l'insignifiance apparente des lésions appendiculaires comparée à l'importance des lésions à distance : néoformations séreuses péri-cæcales et péri-coliques ; adhérences de l'épiploon ; épiploïte chronique.

Je suis persuadé que, dans la plupart des observations de *péri* ou *para-typhlites*, la non-participation de l'appendice n'est qu'apparente, alors que l'inflammation chronique de cet organe est l'origine réelle des accidents à distance.

Quoi qu'il en soit, après avoir été autrefois (art. « Appendicite » du *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, 2e édition, t. VI, p. 664) d'un avis un peu différent, je suis aujourd'hui d'accord avec Brun et Walther pour décrire cliniquement une *Appendicite chronique*. Cet état pathologique, si bien établi histologiquement, a une expression clinique qui lui appartient en propre, et point n'est besoin pour le diagnostiquer qu'il se manifeste par des poussées aiguës véritables.

M. Brun. — J'ai publié en mai 1897, dans la *Presse Médicale*, une série d'observations d'appendicites vérifiées anatomiquement et qui ne s'étaient révélées cliniquement que par des troubles digestifs insignifiants associés à une douleur à la pression localisée au point de Mac Burney. J'ai proposé dès cette époque pour

ces formes spéciales d'appendicites le terme d'*Appendicites chroniques d'emblée*, par opposition aux appendicites chroniques secondaires aux formes aiguës. Je crois d'autant plus à la nécessité de bien connaître ces modalités cliniques de l'appendicite que c'est dans ces cas que la résection de l'appendice. toujours d'exécution facile, donne les meilleurs résultats.

M. WALTHER. — Il faut distinguer deux formes différentes d'appendicite chronique, au point de vue des lésions que l'on trouve au moment de l'opération : dans une première forme, l'appendice semble peu malade, il est atteint de folliculite chronique; mais cet appendicite chronique s'accompagne de néo-formations séreuses très étendues, d'inflammation chronique de l'épiploon avec formation de brides, de nœuds, couvrant le cæcum, le côlon ascendant, le colon transverse, etc. En pareil cas, il ne faut pas se contenter de réséquer l'appendice, il faut libérer les organes et réséquer l'épiploon malade dans sa totalité; la guérison complète est à ce prix; car, si on néglige d'enlever l'épiploon, le malade peut continuer à souffrir et présenter des crises rappelant les poussées d'appendicite.

Dans une seconde forme, plus intéressante peut-être, tout se borne à de la folliculite chronique appendiculaire, sans nulle lésion périphérique. Elle se caractérise par des phénomènes dyspeptiques et des troubles de nutrition quelquefois assez prononcés pour faire penser à un cancer.

M. JALAGUIER. — Je ne partage pas absolument la manière de voir de M. Walther, relativement à la nécessité de détruire toutes les adhérences et de réséquer la totalité de l'épiploon enflammé. Il m'est arrivé bien souvent, chez des sujets adultes aussi bien que chez des enfants, de limiter mon intervention à la résection de l'appendice et des portions épiploïques immédiatement adhérentes; mes malades n'en sont pas moins restés guéris; j'en ai conclu, que la suppression de l'appendice malade, foyer originel des accidents, était suivie de la disparition des lésions de voisinage secondaires.

M. WALTHER. — Les troubles digestifs disparaissent en effet presque toujours après l'ablation de l'appendice malade, mais il n'en est pas moins vrai que, dans certains cas, j'ai observé la persistance de divers accidents douloureux, liés sans aucun doute à des poussées d'épiploïte, et que je me suis donné pour règle de toujours réséquer l'épiploon en totalité.

Hydronéphrose par kyste hydatique du rein. Néphrectomie.

M. Tuffier. — Je vous présente un rein enlevé avant-hier à une malade de mon service de Lariboisière. Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans qui fut opérée par ponction, d'un kyste hydatique du foie — il y a 8 ans. Elle entre pour une récidive de ce kyste qui siège dans le rein. Par laparotomie, je trouvai d'abord un kyste hydatique de l'extrémité inférieure du rein. Après avoir évacué les hydatides, je m'apprêtais à le traiter par le capitonnage, lorsque je m'aperçus de l'existence d'une deuxième poche qui bombait dans et au-dessus de la première et qui en était absolument indépendante. Cette deuxième poche contenait non plus des hydatides, mais un liquide citrin qui n'était autre chose que de l'urine. Il s'agissait d'une poche hydronéphrotique, très probablement en relation causale avec le kyste hydatique de l'extrémité inférieure de l'organe. L'uretère était normal et s'ouvrait dans la poche après avoir passé sur la tumeur kystique. Dans ces conditions, la néphrectomie semblait l'opération la mieux indiquée. Vous voyez ces deux poches et la membrane mince et transparente qui constitue le sac hydronéphrotique. Je ne connais pas d'autre fait semblable.

Présentation d'appareil.

Corsets ininflammables en celluloïd.

M. Jalaguier. — Je vons présente, au nom de mon élève, le Dr Ducroquet, des *Corsets ininflammables*, en celluloïd, avec bandes de renforcement, en acier trempé, pour mal de Pott dorsal moyen, inférieur et lombaire.

M. Ducroquet a eu l'idée d'appliquer le celluloïd à la construction d'appareils semblables à ceux qu'il a coutume de faire dans mon service (appareils plâtrés).

La technique première est de Landerer et Kirsch; je n'y insiste pas.

Les corsets de celluloïd présentent trois graves inconvénients :

1° Rigidité insuffisante,

2° Inflammabilité,

3° La facilité avec laquelle les parents les enlèvent.

a) M. Ducroquet a obvié au premier de ces inconvénients en renforçant les points susceptibles de se déformer par des bandes d'acier fortement trempé.

b) Quant au second inconvénient signalé par M. Championnière aux corsets que j'ai présentés l'an dernier au nom de M. Calot, M. Ducroquet y a obvié en les enduisant d'une couche de silicate de potasse et vous pouvez voir la grande différence qui en

résulte, au point que pratiquement on peut dire qu'ils sont ininflammables.

c) M. Ducroquet les rend inamovibles en fixant au moyen d'œillets une bande de cuir aux deux bords opposés du corset; le chirurgien seul peut enlever cette bande.

Pour que le corset immobilise parfaitement le rachis, M. Ducroquet pense qu'il est de toute nécessité que le bassin et le sommet du thorax soient exactement maintenus. Ce sont les deux points extrêmes de l'appareil et leur contention exacte est indispensable.

L'abdomen ne servant nullement à la contention peut être libéré de toute pression, ce qui facilite beaucoup et la digestion et la respiration.

Un petit tampon d'ouate est interposé à la partie *antérieure* de la poitrine pour permettre sa dilatation.

Partant de ces données, voici les trois exemples de corsets qu'il préconise.

I. — Corset pour mal de Pott lombaire ou dorsal inférieur.

N°s 1, 2 et 3. — Le point d'appui se trouve au bord supérieur de l'appareil qui repousse les premières côtes en arrière. Au corset (2) sont adjoints des béquillons qui n'exercent aucune pression dans l'aisselle; ils sont façonnés pour chaque malade. Ils prennent point d'appui sur les premières côtes et la clavicule en dedans de l'apophyse coracoïde. Le béquillon ordinaire pressant sous l'aisselle dans l'intention d'agir sur le rachis devrait, pour être efficace, amener l'épaule jusqu'à l'oreille. L'aisselle doit être *libre de toute pression*.

II. — Corset pour mal de Pott dorsal inférieur.

N°s 4 et 5. — Point d'appui supérieur, la ceinture thoracique supérieure. Au n° 5, renforcement latéral, parce qu'il y a tendance à la scoliose.

III. — N° 6. — Mal de Pott dorsal moyen. Appareil avec col montant, ce qui augmente un peu la réclinaison du rachis en arrière. Ce corset n'a d'action efficace que jusqu'à la quatrième dorsale.

IV. — N° 7. — Corset sur étoffe pour mal de Pott lombaire ou pour cyphose. Le point d'appui supérieur est formé par les béquillons et des bretelles. Peut servir également pour scoliose.

M. Bazy. — Le silicate est soluble dans l'eau, la sueur ne le dissoudra-t-elle pas aussi?

Vote.

M. Pozzi est nommé membre honoraire, par 18 voix sur 18 votants.

Le Secrétaire annuel,
Ad. Jalaguier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 21 FÉVRIER 1900

Présidence de M. RICHELOT.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de remerciements de M. BIGEARD, lauréat de la Société de chirurgie (prix Duval);

3° Des lettres de MM. CHAPUT, DELORME, GÉRARD MARCHANT, QUÉNU, TUFFIER qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance ;

4° Un travail de M. le Dr Ed. PLUYETTE, chirurgien des hôpitaux de Marseille, intitulé : *Septicémie suraiguë. Traitement par l'eau oxygénée. Guérison.* Ce travail est renvoyé à une commission. M. TERRIER, rapporteur.

Lecture.

Sur le traitement des lymphangiomes (suite).

M. DE VLACCOS. — Je viens un peu tard, pour cause de distance, prendre part à la discussion à laquelle a donné lieu l'intéressante présentation de mon maître le professeur Terrier, dans la séance du 24 janvier. C'était à propos d'une observation de lymphangiectasie congénitale et c'est une simple remarque de thérapeutique sur ce sujet que je me permettrai de soumettre à l'appréciation de la Société. Les moyens proposés contre cette affection par les

orateurs qui prirent la parole furent l'intervention sanglante et les injections sclérosantes.

Je crois cependant que dans le cas du professeur Terrier, comme dans celui de M. Reynier, l'électrolyse aurait pu donner des résultats très satisfaisants.

Deux observations de lymphangiomes très étendus, dont une personnelle et l'autre ayant trait à une jeune malade de notre collègue M. Schwartz, que, après lui et sur son conseil, j'ai aussi soignée, m'ont prouvé l'efficacité indéniable de l'électrolyse.

Je ne lui reconnais qu'un seul inconvénient, c'est d'être un traitement de longue haleine. Cinquante et même cent séances sont parfois nécessaires pour venir à bout de ces tumeurs lymphangiectasiques. Mais il offre par contre les avantages suivants :

1° D'être presque indolore ;

2° D'être d'une innocuité absolue ;

3° De ne pas laisser de cicatrices, avantage très sérieux dans certains cas et pour certaines régions exposées.

A l'occasion du procès-verbal.

A propos du terme para-appendicite.

M. Jalaguier. — Permettez-moi de faire une courte observation relative au vocable para-appendicite justement critiqué par M. Delbet, au point de vue de la nomenclature en général.

La dénomination *para*-appendicite n'est pas tout à fait nouvelle ; la paternité en revient à MM. Monod et Vanverts, qui l'ont proposée pour désigner les lésions du tissu cellulaire sous-péritonéal, par opposition au terme *péri*-appendicite désignant les lésions intra-péritonéales. (Monod et Vanverts. « Appendicite », p. 28).

Après eux, je l'ai employé à mon tour, dans le même sens (1).

Le mot *para*-appendicite a donc déjà sa place dans la nomenclature avec une signification nettement définie et correcte. Si l'usage s'établissait de l'employer dans le sens que M. Quénu a voulu lui attribuer, il ne manquerait pas d'en résulter une confusion regrettable au point de vue de la précision et de la clarté du langage scientifique.

(1) « Appendicite », *Traité de chirurgie*, de Duplay et Reclus, 2e édit., t. VI, p. 621.

M. Bazy. — M. Jalaguier vient de faire une observation à propos de la terminologie ; je me permettrai aussi d'en faire une : M. Delbet désigne sous le nom de paranéphrite les lésions du tissu cellulaire périrénal. L'usage prévaut de désigner sous le nom de périnéphrite les lésions du tissu cellulaire qui entoure le rein : c'est le phlegmon périnéphrétique. C'est une inexactitude au point de vue de la terminologie, mais elle est consacrée par l'usage.

M. Le Dentu. — Voici une observation qui montre bien la difficulté du diagnostic clinique dans les cas que l'on a groupés sous le nom de para-appendicite. Il s'agit d'une jeune femme de vingt-trois ans, entrée à l'hôpital Necker le mardi 13 février 1900.

Comme antécédents, on trouvait des douleurs gastriques survenant après les repas et s'accompagnant de vomissements au bout d'une demi-heure environ. Il y avait une grande constipation. Ces accidents duraient depuis quatre ans. La malade avait passé cinq semaines en traitement à l'hôpital Bichat ; le régime lacté absolu avait amené la guérison des accidents, sauf de la constipation.

En juillet 1899, une crise d'anémie la conduisit à la consultation de l'hôpital Necker.

En décembre 1899, les douleurs et les vomissements reparurent comme auparavant. Bientôt la localisation de la douleur se fit dans la région appendiculaire ; M. Huchard diagnostiqua une appendicite légère et traita cette malade dans son service pendant trois semaines ; elle sortit en bon état ; quinze jours après sa sortie, les douleurs gastriques et abdominales reparurent à plusieurs reprises sous forme de crises durant deux à trois jours.

Le 10 février 1900, douleurs violentes dans l'estomac et les reins ; vomissements alimentaires d'abord, puis jaunâtres. Absence de selles depuis le 11. Le 13 février, douleurs un peu au-dessus de la ligne de Mac Burney exaspérées par la palpation ; on ne sentait rien d'appréciable au niveau de l'appendice même. Le diagnostic fut péritonite, et l'intervention d'urgence s'imposait.

Après l'ouverture du ventre, je ne trouvai rien à l'appendice, qui paraissait normal ; je l'enlevai néanmoins et l'examen pratiqué ultérieurement dans mon laboratoire montra son intégrité. J'examinai successivement le cæcum, le foie, la vésicule biliaire, le canal cholédoque, l'estomac ; ces organes étaient absolument sains.

Mais, en suivant le gros intestin, je découvris des lésions aboutissant à la partie supérieure de la fosse iliaque interne : là, le côlon, fortement adhérent, était un peu coudé, pas assez cependant pour que la circulation des matières fût interrompue. En dissociant les adhérences, j'arrivai dans un foyer provenant sans doute d'une

petite perforation produite à ce niveau par un petit corps étranger ou par une boulette fécale. Dans cette observation, il ne s'agit évidemment pas d'un abcès consécutif à une typhlite ou à une appendicite; on ne peut incriminer non plus une lésion à distance d'une ancienne appendicite guérie. La malade va très bien; jusqu'ici il n'y a pas eu de fistule stercorale.

A propos de la dénomination *para-appendicite*, je ferai remarquer que le langage chirurgical nous a habitués à un usage très élastique du préfixe *para*, qui veut dire à côté; son emploi est le plus souvent défectueux au point de vue de la terminologie, mais le rigorisme n'est guère de mise en pareil cas; j'aimerais mieux cependant désigner les faits appelés para-appendicites sous le nom de « erreurs de diagnostic faciles, en matière d'appendicite »; cette périphrase est moins pittoresque sans doute qu'un mot unique, mais elle a l'avantage d'être plus claire.

Rapports.

Rapport sur trois observations, communiquées par le Dr Pauchet (d'Amiens).

Rapport par M. RICHELOT.

Je suis bien en retard pour vous parler des observations que M. le Dr Pauchet (d'Amiens) nous a envoyées l'année dernière et sur lesquelles vous m'avez chargé de faire un rapport. Je me le reproche d'autant plus qu'il s'agit de faits intéressants de chirurgie opératoire, qui montrent chez leur auteur une habileté peu commune, et nous donnent l'assurance que la Société de chirurgie aura bientôt en lui un de ses meilleurs correspondants.

Le premier cas est celui d'une *grossesse extra-utérine* chez une femme de trente ans. M. Pauchet crut d'abord à une grossesse normale, les règles étant supprimées depuis trois mois. Mais il fut rappelé treize mois plus tard, et alors, ayant incisé l'abdomen et ouvert le sac fœtal, il enleva un enfant à terme et macéré, réséqua la moitié de la poche et sutura le reste à la plaie. Le placenta fut laissé; on le sentait nettement sous la paroi, et, la plaie s'étant rapidement fermée, le palper et la percussion permirent d'assister à sa disparition progressive. Tel est le fait saillant dans cette observation : la *résorption spontanée du placenta* se fit en six mois ; aujourd'hui, la zone qui correspondait à la présence de cet organe est entièrement sonore, on n'en trouve plus trace.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'une *occlusion intestinale*. Jeune fille de quinze ans; douleurs, vomissements et constipation du 13 au 28 août 1899; alors seulement M. Pauchet est appelé, et trouve du ballonnement, des vomissements verts, des douleurs extrêmes. Il opère immédiatement et fait sortir d'un seul bloc la masse de l'iléon dilaté; cette éviscération lui permet de constater une adhérence au niveau du cæcum et d'amener la zone suspecte; mais, si prudente que soit la manœuvre, l'intestin grêle, qui adhérait à la fosse iliaque, probablement à la suite d'une ancienne appendicite, ne vient au dehors qu'en se dépouillant de sa tunique séreuse et de sa musculeuse sur une longueur de 8 centimètres. L'opérateur, se trouvant dans un milieu déplorable, sans aides suffisants et presque sans lumière, ne voulut pas faire la résection de l'intestin, et promptement il se décida à invaginer la portion de l'intestin réduite à sa seule muqueuse, après avoir sectionné le mésentère et lié ses vaisseaux. Cette manœuvre, plus rapide et moins dangereuse dans les conditions susdites, fut le salut de la jeune malade; mais la débâcle n'eut lieu qu'au bout de trois jours d'anxiété, le segment invaginé ayant d'abord mis obstacle au cours des matières. Aussi bien n'était-ce qu'un expédient ingénieux, qu'il faut louer dans la circonstance, mais qui ne saurait être, d'une façon générale, préféré à la résection.

Troisième cas : *kyste de l'ovaire adhérent*, chez une femme qui a présenté de graves accidents pelviens depuis un accouchement en 1891. En 1899, tumeur fluctuante remontant à l'épigastre; M. Pauchet reconnaît le kyste ovarique, immobilisé par une masse confuse dans le petit bassin. Opération très laborieuse; le kyste adhère à l'intestin, il faut l'en détacher avec les ciseaux. Au niveau du détroit supérieur, la dissection devient impossible. Alors, après résection de la portion libérée du kyste, M. Pauchet découvre l'utérus en avant de la masse pelvienne, sculpte sa face antérieure, ouvre le cul-de-sac vaginal, saisit le col, fait basculer l'organe de bas en haut et l'enlève. S'étant ainsi donné un peu de jour, il attaque la masse kystique, ouvre deux poches salpingiennes qui inondent de pus fétide le champ opératoire, sculpte en arrière, et se débarrasse enfin du néoplasme en laissant des débris de la paroi kystique adhérents à la face postérieure du pelvis; mais,malgré cette précaution, la partie antérieure du gros intestin est excisée, un demi-cylindre intestinal reste seul fixé par son méso, et forme une « gouttière colique » flanquée des débris de la paroi kystique. Alors, pour ne pas réduire l'intestin au volume du petit doigt en rapprochant les bords de la gouttière, M. Pauchet a l'idée d'emprunter aux débris du kyste, l'étoffe nécessaire pour faire au côlon une paroi solide et un calibre suf-

fisant. Il décolle les lambeaux qui bordent l'intestin à droite et à gauche, ramène leurs bords libres en avant, la face épithéliale tournée vers l'axe de l'intestin, et les réunit par douze ou quinze points de suture au catgut. Drainage et opium. Le 3e jour, la malade rend des gaz par l'anus; le 7e jour, l'huile de ricin amène une débâcle de matières dont une partie s'écoule par le vagin; la fistule se ferme spontanément en 3 ou 4 jours; la malade se lève au bout de 3 semaines et se rétablit parfaitement.

L'analyse que j'ai faite de ces trois observations vous en donne une idée suffisante pour nous dispenser de les publier *in extenso*; elle vous permettra aussi, j'espère, d'apprécier la sûreté de jugement et la dextérité du chirurgien, auquel je vous propose d'adresser nos remerciements.

M. Monod. — Je voudrais dire un mot au sujet de la première observation de M. Pauchet. Il a conservé le placenta dans un cas de grossesse extra-utérine. Je crois que telle est toujours la conduite de Pinard, de Segond, chaque fois qu'il y a un danger quelconque à tenter son ablation. Laisser le placenta n'entraîne pas d'accident. Cette observation de M. Pauchet vient donc à l'appui de la pratique courante.

M. Reynier. — Je suis de l'avis de M. Monod. J'ai présenté, d'ailleurs, l'observation d'une grossesse extra-utérine où j'avais fait la marsupialisation de la poche. Le placenta se résorba et quand la malade sortit, dans les meilleures conditions, on ne trouvait plus rien dans ses culs-de-sac.

M. Lucas-Championnière. — C'est là une question qui a déjà été discutée plusieurs fois.

Il est matériellement impossible d'enlever le placenta dans bien des cas; qu'on le veuille ou non, on le laisse alors. Je suis de l'avis de M. Monod pour dire que ce sont là des faits connus depuis longtemps.

M. Monod. — Il y a des cas, cependant, dans lesquels on peut tout enlever. Dans une opération faite hier à Saint-Antoine, j'ai enlevé toute la poche : le placenta, le fœtus et la paroi.

M. Potherat. — J'ai présenté l'année dernière une grossesse extra-utérine où j'ai essayé d'enlever le placenta. Il s'est produit une violente hémorragie, je l'ai alors laissé; il s'est parfaitement résorbé.

M. A. Guinard. — Il y a assurément, comme le dit M. Lucas-Championnière, des cas où il est impossible d'enlever le placenta. Mais ce qui me paraît capital, c'est de préciser si on doit chercher à extirper le placenta dans les grossesses extra-utérines, ou s'il n'est pas préférable de marsupialiser et de le laisser s'atrophier. J'ai assisté, il y a quelques années, à un désastre chirurgical, qui me porte à penser qu'il est moins dangereux de s'en tenir à cette dernière manière de faire.

Pendant que je suppléais à Saint-Louis M. Marchand, je tenais en observation une malade au huitième mois d'une grossesse extra-utérine. M. Marchand m'avait prié de la surveiller pendant les vacances, pour qu'il pût l'opérer avec moi à terme, à son retour. C'est ce qui eut lieu. Un enfant à terme et bien vivant fut extrait aisément et M. Marchand crut pouvoir décoller le placenta et l'extirper. Une hémorragie formidable survint : le sang venait à flots de tous les côtés et, malgré tous nos efforts, la malade succomba sur la table d'opération. L'enfant vit encore actuellement.

J'avoue que cette catastrophe m'a impressionné vivement et qu'en pareille circonstance, je n'insisterais pas pour décoller un placenta dans le ventre et je me bornerais à marsupialiser la poche.

M. Hartmann. — Quand on peut enlever le placenta, cela est préférable ; mais ce n'est pas toujours possible. Cela dépend de la façon dont se fait l'irrigation vasculaire. Si les vaisseaux viennent directement de la trompe, il est aisé de les lier, et alors l'opération peut être rapidement terminée. Mais parfois on se trouve en présence d'adhérences intestinales et ces adhérences sont très vasculaires. Le placenta est alors très difficile à enlever, mieux vaut s'en abstenir.

La conservation du placenta n'est pas un traitement de choix, mais un traitement de nécessité.

M. Le Dentu. — Après avoir opéré un grand nombre de grossesses extra-utérines, je suis arrivé à cette conclusion, qu'il faut enlever le moins possible le placenta ; on ne doit s'y résoudre que contraint par les hémorragies qui se produisent si le placenta a été en partie décollé pendant les manœuvres opératoires. J'ai adopté comme règle, de le respecter absolument si la grossesse extra-utérine est avancée, et l'expérience m'a appris qu'il fallait compter avec lui à partir du troisième mois.

Rapport sur une observation de péritonite traumatique enkystée, par M. le Dr L. Imbert, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.

Rapport par M. SCHWARTZ.

M. le Dr Léon Imbert vous a adressé une observation de péritonite traumatique enkystée, pour la pathogénie de laquelle il fait intervenir une rupture de la vésicule biliaire. Permettez-moi de vous la résumer très rapidement, ainsi que les réflexions dont l'auteur la fait suivre.

Un jeune homme de seize ans reçoit, quinze jours avant son entrée à l'hôpital, un choc violent sur l'hypocondre droit. Ce choc est dû à la chute, de 1 mètre environ de hauteur, d'un récipient en bois destiné à recueillir les raisins pendant les vendanges et nommé comporte. Il pèse environ 20 kilogs.

Il éprouva, à la suite de cet accident, une douleur assez vive, qui le força à s'aliter pendant quelques jours; puis survint une tuméfaction qui s'accrut progressivement et qui siégeait au niveau de la région blessée ; il n'y eut aucun trouble fonctionnel, aucun vomissement.

Lorsque le Dr Imbert le vit, les douleurs avaient disparu ; cependant, il prétendait avoir maigri depuis quelques jours et son appétit était très modéré. Il attirait l'attention sur une tuméfaction siégeant dans la région de l'hypocondre droit ; on trouvait là une tumeur mate, résistante, sa matité se continuait en haut avec celle du foie, à gauche elle atteignait la ligne médiane, elle se prolongeait en bas au dessous de l'ombilic, elle avait le volume d'une tête; on percevait nettement, lorsque le blessé faisait un effort, qu'elle était intra-abdominale.

M. Imbert, en présence de ces différentes constatations et en raison de l'origine nettement traumatique, porta le diagnostic de péritonite enkystée, consécutive probablement à une rupture de la vésicule biliaire. Il se décida pour la laparotomie, qu'il fit le 18 septembre 1899. Une incision de huit à dix centimètres ouvrit la partie la plus saillante de la tumeur. Après section de la peau et des muscles, on tomba sur une partie nettement fluctuante : elle fut ponctionnée avec un trocart, puis ouverte largement au bistouri. Il s'en écoula environ deux litres de liquide qui parut être un mélange de sang et de sérosité.

La poche fut explorée avec grand soin; elle était complètement isolée de la cavité péritonéale. Sa paroi supérieure était constituée par la face inférieure du foie sa paroi antérieure par le grand

épiploon uni à la paroi abdominale; après l'évacuation, elle fut comblée par la poussée des anses intestinales agglutinées qui en formaient la paroi profonde.

Lavage à l'eau stérilisée et drainage. L'opéré fut pris, au bout de vingt-quatre heures, d'une douleur très vive dans la fosse iliaque droite avec fièvre, bien que la plaie ne suppurât pas; il succomba trois jours après à des accidents que M. Imbert rattache à de l'occlusion intestinale, la région appendiculaire n'ayant présenté aucune modification pathologique. A l'autopsie, l'appendice était sain; mais toutes les anses intestinales grêles étaient congestionnées et très distendues; on ne parle d'aucun obstacle, bride ou coudure. La cavité ouverte, était à peu près comblée par la poussée de l'intestin grêle. En examinant avec soin la vésicule biliaire, l'auteur trouva à sa face inférieure une région tuméfiée, rouge, qui fut enlevée et mise de côté pour être examinée, de même qu'un morceau de la paroi de la poche enlevé pendant l'opération.

Voici le résultat de l'examen microscopique.

Le fragment de paroi est constitué par du tissu fibreux en noyaux, recouvert à sa surface par une couche de cellules conjonctives plus jeunes, au milieu desquelles se voient des stries rougeâtres, restes d'un caillot antérieur.

Au milieu du tissu fibreux, quelques fibres musculaires lisses.

Le fragment de vésicule biliaire nous montre une tunique conjonctive très épaisse; au-dessous d'elle se voit la musculeuse composée de deux ou trois anses de fibres musculaires lisses continues sur toute la longueur de la coupe, sauf en un point qui correspond à la région tuméfiée. En cet endroit, la tunique musculaire est nettement interrompue et cette solution de continuité persiste sur plusieurs coupes faites en série. L'interruption des faisceaux musculaires est comblée par une cloison conjonctive, dont les fibres sont perpendiculaires au plan de la musculeuse et relient le derme de la muqueuse à la couche conjonctive. De chaque côté de ce trousseau fibreux, les faisceaux lisses sont repliés sur eux-mêmes en anse; la muqueuse paraît intacte, elle présente ses nombreux plis habituels; son épithélium n'offre aucune solution de continuité et son derme présente une épaisseur normale.

L'auteur pense qu'il s'agit là d'une péritonite circonscrite enkystée, produite par une rupture de l'appareil biliaire. Cette rupture lui paraît démontrée par la cicatrice de la vésicule; en témoigne, la division avec rétraction des faisceaux de fibres lisses de la tunique musculeuse. Cette reconstitution et cicatrisation au bout de vingt jours n'a rien qui doive nous étonner depuis que

nous connaissons les expériences si intéressantes de Cornil et Carnot sur la cicatrisation des cavités muqueuses à la suite de sections. Ils ont en effet pu constater au bout de peu de jours : 1° la reconstitution totale de l'épithélium qui se régénère par greffe, glissement et multiplication; 2° l'existence d'une solution de continuité dans la tunique musculaire.

Le blessé de M. Imbert ayant succombé le 20e jour, la réparation a pu se faire complètement, hormis l'écartement des muscles divisés.

L'auteur discute ensuite les conditions dans lesquelles cette cicatrisation s'est faite, sans que l'épiploon soit intervenu, comme cela arrive souvent d'après les expériences de Cornil et Carnot.

Telle est, Messieurs, l'observation. Après l'avoir approfondie, il me semble qu'elle offre matière à discussion, et il me paraît difficile d'admettre la rupture totale de la vésicule comme origine du kyste péritonéal observé. Notre collègue Routier, dans une communication datant de 1892, à propos d'un fait qu'il avait observé, nous a exposé l'histoire des ruptures des voies biliaires d'origine traumatique, au point de vue clinique et thérapeutique. Les observations de Kirmisson (1), de Michaux (2), le travail de Desroziers (3), le mémoire de Terrier et Auvray si documenté (4), et qui comprend un tableau de trente cas de traumatisme des voies biliaires, ont augmenté nos connaissances sur cette partie de la chirurgie.

Lorsqu'on parcourt les observations de rupture des voies biliaires, et en particulier de la vésicule, dans lesquelles le blessé n'a été vu ou traité que des jours, des semaines après le traumatisme, on retrouve presque toujours le tableau que voici : signes d'une collection plus ou moins étendue dans la cavité abdominale, siégant à droite, sous le foie; le plus souvent, il y a eu de l'ictère, ou il existe encore, décoloration au moins temporaire des selles, symptômes de réaction assez intense du côté du péritoine. La laparotomie, comme dans les cas de Routier, de Michaux, la laparotomie tardive montre une collection plus ou moins abondante de liquide, rappelant aussitôt la bile par sa teinte jaune, verte ou brunâtre, enkystée par une paroi tomenteuse formée de néomembranes plus ou moins épaisses tapissant tous les organes périphériques et masquant plus ou moins complètement la face inférieure du foie. L'analyse du liquide, qui continue à couler dans le cas de Michaux, permet même de penser qu'il s'agit d'une bile

(1) *Bull. Soc. chirurgie*, 1892.
(2) *Bull Soc. chirurgie*, 1893.
(3) *Thèse* de Paris, 1894.
(4) *Revue de chirurgie*, 1897, p. 16.

provenant de la vésicule; en tout cas, on y retrouve les pigments biliaires.

Chez le blessé de notre observation, rien dans les signes, si ce n'est la collection elle-même; pas d'ictère, pas de décoloration des selles, pas même de vomissements. Il y a des cas où l'ictère n'a pas été signalé; c'est vrai, mais ils sont peu nombreux. La laparotomie, au bout de dix-sept jours, montre une poche très circonscrite au-dessous du foie, mais elle contient de la sérosité teintée de sang; elle ne présente aucune coloration rappelant celle de la bile; il ne s'en écoule consécutivement aucun liquide pouvant y faire penser.

Le Dr Imbert, après la mort qui semble être due à une péritonite généralisée à forme occlusive, fait l'autopsie; il recherche la vésicule et trouve, au niveau de sa face inférieure, une zone rouge, tuméfiée qui, examinée au microscope, montre les faisceaux musculaires lisses rompus et remplacés par un tissu conjonctif récent, alors que la muqueuse est intacte. Il me paraît difficile, même avec ce que nous savons par les expériences récentes de Cornil et Carnot sur la réparation des plaies des voies biliaires, et en particulier de la vésicule (*Archives de médecine expérimentales*, n° 3, mai 1899) montrant combien les sections aseptiques se ferment vite chez les animaux, d'affirmer qu'il y a eu rupture complète, étant donné que les signes principaux ont fait complétement défaut, qu'à aucun moment on n'a retrouvé au liquide contenu une apparence biliaire.

Par conséquent, tout en faisant des réserves, nous pencherions plutôt pour une péritonite traumatique enkystée avec rupture partielle, mais non pénétrante, de la vésicule biliaire, péritonite autour d'un épanchement sanguin dont on retrouve d'ailleurs les traces dans le liquide même de la poche et dans les parois qui l'enkystent.

Quant au traitement mis en usage par M. Imbert, il me semble absolument rationnel. Il a ouvert la péritonite enkystée et l'a drainée. C'est, me semble-t-il, la conduite la plus sage, lorsqu'il n'y a pas de contre-indication et qu'on est en présence de lésions datant déjà d'un certain temps. Nous n'ignorons pas que la ponction a donné des résultats, en particulier un beau succès à notre collègue Kirmisson, mais nous lui préférons l'incision, si elle peut être faite aseptiquement, et le drainage, réservant la ponction aux cas où la laparotomie nous paraîtrait contre-indiquée.

En somme, le fait de M. Imbert est intéressant; il soulève un problème pathogénique difficile à résoudre et est peut-être un exemple de rupture incomplète de la vésicule dont nous n'avons pu trouver aucune autre observation.

Je vous propose d'adresser des remerciements à M. le Dr Imbert, qui est un de nos anciens et meilleurs internes, et de déposer son mémoire dans nos archives.

Discussion

A propos des kystes hydatiques.

M. Monod. — Je n'ai opéré qu'un seul kyste hydatique du foie, suivant la méthode de M. Delbet. Je profite de la discussion ouverte pour ajouter cette observation à celles qui vous ont été communiquées, sans prétendre tirer de ce fait unique des conclusions personnelles.

Il s'agit d'un homme qui avait été opéré une première fois par moi, à Saint-Antoine, le 30 mars 1895, d'un volumineux kyste hydatique du foie par incision et marsupialisation. Il avait mis près de huit mois à guérir.

Il rentrait dans mon service en juin 1899, pour une nouvelle tuméfaction du foie, qui avait tous les caractères d'un kyste hydatique, moins considérable que le premier.

Pour éviter au malade le long traitement qu'il avait subi, j'étais décidé cette fois à suivre, s'il était possible, le procédé de M. Delbet.

Opération, 12 juin 1899. — L'incision faite au niveau de la cicatrice laissée par la première intervention, me conduit, après section de quelques adhérences épiploïques, sur la poche qui est ponctionnée. — 750 grammes de liquide clair. Tout le pourtour de la plaie garni avec des éponges, la paroi kystique est incisée. La cavité ne renferme aucune vésicule hydatique, on n'aperçoit que la membrane germinative qui la tapisse. Celle-ci est décollée avec les doigts, et retirée *tout d'une pièce*. Le kyste se prolonge au loin sous le foie. Sa surface interne est soigneusement asséchée à l'éponge. Puis, sans capitonnage, l'ouverture est fermée par un surjet au catgut.

La paroi abdominale est suturée au crin sur un seul plan, sans drainage.

Le soir et le lendemain (13 juin), tout va bien. Aucune réaction, pas de douleur.

14 *juin*. — La nuit a été un peu agitée. Le malade souffre au niveau de la plaie. La température est à 38°2. Le pansement est ouvert et l'on constate qu'un des crins s'est rompu et qu'une petite masse épiploïque sort entre les lèvres de l'incision, à la hauteur de cette rupture. Ce petit fragment épiploïque est réséqué et le point de suture rétabli.

Cet incident n'eut pas de suites, La température revient aussitôt à la normale et toute douleur cesse.

25 *juin*. — Les points de suture sont enlevés, la réunion est complète.

Tout allait donc bien et je comptais vous présenter ici même, huit jours plus tard, le mercredi 5 juillet, ce malade guéri en moins d'un mois, lorsque brusquement les choses changèrent de face.

Le 2 *juillet*, en arrivant à l'hôpital, j'apprends que mon opéré, jusqu'alors apyrétique, avait eu 39°2 la veille au soir. Je le mets en surveillance.

Du 2 au 9 juillet, la température oscille entre 38 et 39°5. Localement, un peu de sensibilité à la pression, mais pas de tuméfaction ni de rougeur.

10 *juillet*. — Rupture spontanée de la cicatrice ; issue d'un flot de pus, et de *deux hydatides* (je rappelle que lors de l'incision du kyste, nous n'en avions pas eu une seule). Un drain est placé dans la cavité.

Dès le lendemain, la température est retombée à la normale et y demeure.

Le drain est laissé en place jusqu'à la fin d'août.

La suppuration a été peu abondante et la poche est progressivement revenue sur elle-même.

La cicatrisation est complète le 1er septembre.

Le malade part pour Vincennes le 9 septembre.

Il a été revu en octobre, en mon absence. Il allait bien, mais se plaignait de ressentir encore de la gêne et de la douleur au creux épigastrique, il redoutait un troisième retour de son mal? Je doute que ses craintes fussent fondées, car il serait, je crois, revenu me voir.

L'incident qui est venu si fâcheusement compromettre le beau résultat que j'avais cru obtenir, peut être expliqué de deux façons :

Ou bien, au cours de mon opération j'avais infecté la poche kystique qui, ultérieurement, a suppuré.

Ou bien il existait un second kyste, celui-là suppuré, qui s'est fait jour dans la cavité du premier.

La première hypothèse est défendable. Je fais remarquer cependant, que pendant plus de quinze jours, l'état du malade a été excellent, qu'il n'y a eu aucune réaction ni générale ni locale; que d'ailleurs, la plaie des téguments s'est réunie par première intention (malgré le petit incident de rupture d'un fil); que si j'ai commis quelque faute d'antisepsie pendant mon intervention, cette faute aurait dû toucher aussi bien le péritoine et la paroi abdominale que le kyste lui-même.

D'autre part, en faveur de la seconde supposition, on peut invoquer : d'abord le fait que ce malade en était à son second kyste, qu'il n'est donc pas très étonnant qu'il en eût un troisième; et surtout cette circonstance que, lors de l'ouverture spontanée, qui se produisit un mois après la première opération, il s'est échappé, en même temps que le pus, deux vésicules hydatiques. Or j'ai dit que

j'étais parvenu à enlever la membrane germinative qui tapissait le kyste, d'une seule pièce, sans rupture et avec elle, pas trace de vésicules. Le kyste opéré ce jour-là, était donc dépourvu de vésicules; celles recueillies lors de l'ouverture ultérieure devaient donc provenir d'une autre poche kystique, distincte de la première, bien que très voisine, comme l'événement l'a montré.

Quoi qu'il en soit, ce fait vient à l'appui de l'opinion soutenue par M. Delbet, lorsqu'il envisageait devant vous les diverses éventualités pouvant se produire à la suite de son procédé de suture totale des kystes hydatiques. Admettant la possibilité d'une infection de la poche ainsi suturée, il soutenait que cette infection — qu'il n'a jamais observée — n'aurait pas nécessairement des conséquences funestes; qu'elle pourrait, si la suture tient bien, rester limitée au kyste, et que l'on aurait toujours le temps de réouvrir le ventre pour faire la marsupialisation.

Les choses se sont passées, dans mon cas, comme le prévoyait M. Delbet, avec cette différence que je n'ai pas eu à intervenir; grâce aux adhérences qui se font si rapidement dans l'abdomen entre surfaces péritonéales en contact, l'ouverture spontanée de la poche a pu se faire sans danger, et mon malade en a été quitte pour un long retard apporté à sa guérison définitive.

M. Schwartz. — J'ai à ajouter un nouveau cas de traitement des kystes hydatiques du foie par l'incision large, l'ablation de la membrane hydatique, puis la fermeture et la réduction de la poche fibreuse.

J'ai opéré, en effet, il y a quatre semaines, une femme de cinquante ans, atteinte de kyste hydatique du lobe droit, proéminent en bas et en avant. La laparotomie à travers le droit antérieur tendu en avant de la tumeur, me fit arriver sur un kyste très tendu, à paroi très mince et qui se prêtait admirablement à l'opération préconisée par notre collègue Delbet qui voulut bien assister à l'intervention, ce dont je lui adresse mes bien sincères remerciements.

Je retirai par la ponction environ trois quarts de litre de liquide eau de roche; je fendis largement la poche, je retirai la membrane, puis par une suture de Lembert au catgut, la poche fibreuse fut refermée et réduite. Il était inutile ici de faire le capitonnage, tellement les parois s'appliquaient facilement l'une à l'autre sous l'influence de la pression des anses intestinales.

La malade va très bien; elle a eu, les trois premiers jours, le soir une température de 38 degrés, sans aucun malaise général.

C'est le premier cas que j'opère de la sorte. Jusqu'ici, quoique,

dans ces derniers temps, je fusse résolu à traiter les kystes non enflammés et suppurés par la réduction et la suture, je n'avais pu trouver un fait favorable.

Toujours les kystes étaient infectés et suppurés.

Il y a quatre mois, je croyais tenir un bon cas. Je fis la laparotomie et tombai sur un kyste avec une paroi hépatique très épaisse au devant. Une ponction faite amena l'issue d'un jet de sang tel que j'eus peur d'avoir blessé un gros vaisseau.

Je fis immédiatement le tamponnement, et n'allai pas plus loin.

Le malade guérit et, chose extraordinaire, la tumeur diminua considérablement. Je revis le malade, quelques semaines après, avec une atténuation considérable des accidents.

J'insiste à présent sur ce point, qu'ici, la ponction faite à l'aveuglette à travers la paroi abdominale n'eût certes pas été inoffensive, et c'est un fait à ajouter à ceux déjà connus qui militent contre cette manière de faire.

Pour en revenir au traitement préconisé par notre collègue Delbet, je suis absolument partisan de cette manière de faire, qui me paraît consacrée déjà par un assez grand nombre de succès et datant d'un temps suffisant.

Quand on songe au temps qu'il faut pour fermer les kystes hydatiques marsupialisés, pour peu que ces kystes soient étendus, on est véritablement soulagé de posséder une méthode qui nous permette d'arriver au résultat désiré plus rapidement et aussi sûrement.

J'ai opéré, il y a trois ans et deux ans, deux énormes kystes hydatiques postéro-supérieurs par la méthode de Landau, laparotomie et bascule du foie; les deux ont mis deux ans à se fermer complètement, après avoir été tous deux le point de départ d'une cholerragie abondante, qui a débuté huit à dix jours après l'opération et a duré quelques semaines.

Je fais cependant une réserve pour ces kystes à sinus profonds postérieurs, où il est véritablement bien difficile de s'assurer de l'enlèvement total de la poche hydatique.

Dans mes deux cas, malgré tout ce que j'avais fait, il est sorti dans le cours du traitement des fragments de membrane que je n'étais pas arrivé à enlever.

Sur les fractures.

M. Hennequin. — Dans une séance précédente, M. Tuffier nous a montré, d'abord les schémas, puis ensuite les radiographies prises

avant et après le traitement de toutes les fractures, particulièrement des membres inférieurs, reçues dans son service dans un espace de quinze mois. J'ai été surpris, et je crois que cette impression a été partagée par un certain nombre de mes collègues, non seulement de la fréquence, je pourrais dire de la constance des déplacements, mais encore de leurs variétés et de leur étendue. Mon étonnement a augmenté encore lorsque M. Tuffier est venu nous dire que tous les moyens de réduction, tous les appareils étaient également impuissants à corriger les déplacements et que, malgré l'étendue de quelques-uns, les résultats avaient été excellents, tant au point de vue fonctionnel qu'esthétique. Ainsi, un segment de membre qui d'après les radiographies mesurait de 3 à 6 centimètres de moins que son congénère, avait un fonctionnement tout aussi régulier, tout aussi parfait que ce dernier. Eh bien, j'ai quelque peine à croire qu'un fonctionnement excellent soit compatible avec une aussi grande asymétrie des leviers osseux. Ou bien, ce que j'espère démontrer. M. Tuffier a été induit en erreur par la radiographie qui agrandit les contours des objets, ou bien, il s'est servi d'un qualificatif qui a dépassé sa pensée. Je sais bien qu'actuellement, il est assez dans les habitudes d'employer les adjectifs, parfait, excellent, prodigieux, merveilleux, miraculeux pour désigner ce qui est bien; de même qu'en sens contraire, on traitera de fou, d'idiot, de crétin, qui aura commis une simple maladresse. J'aurais quelques regrets de les voir s'acclimater dans le langage scientifique. Je me hâte d'ajouter que, si je ne mets nullement en doute l'excellence des résultats constatés par M. Tuffier, je ne puis m'empêcher de mettre en suspicion l'exactitude des épreuves radiographiques qu'il a fait passer sous nos yeux. Non, ces épreuves ne sont pas l'expression de la vérité, elles exagèrent les déplacements, elles nous les montrent avec des agrandissements qui sont en rapport avec l'angle d'incidence des rayons lumineux. J'ai la conviction que si M. Tuffier avait fait une mensuration exacte du membre et de l'espace compris entre les extrémités des fragments sur l'épreuve radiographique, il aurait constaté une différence assez sensible. Cette conviction est fortifiée et par les lois de l'optique et par les faits encore peu nombreux il est vrai, mais vérifiés *de visu*, que quelques-uns de nos collègues ont rapportés ici même. M. Schwartz ne vous a-t-il pas dit, qu'ayant sous les yeux la radiographie d'une fracture de la clavicule dont il fit la suture, il trouva un des fragments dans une position tout autre que celle qu'indiquait l'épreuve radiographique.

Dans une des dernières séances, M. Lucas-Championnière nous a raconté qu'après avoir extrait un fragment d'aiguille de la main

d'une femme, ses élèves étaient convaincus que dans les manœuvres d'extraction, l'aiguille s'était brisée et qu'il n'en avait retiré qu'un fragment, tant la radiographie avait exagéré la longueur du corps étranger. Or, une nouvelle épreuve démontra qu'il n'en était rien.

Autre fait : J'assistais M. Nélaton, il y a deux ans, dans une ostéotomie du fémur pour fracture sus-condylienne vicieusement consolidée. Entre autres particularités, l'épreuve radiographique nous montrait un espace clair d'une étendue de plus de 1 centimètre transversalement, correspondant au trait de fracture. Comme il n'existait plus ni mobilité, ni flexibilité, cet espace devait représenter le cal en voie de transformation osseuse. Nous nous demandions comment des plans de fracture aussi éloignés l'un de l'autre avaient pu s'unir. Or, après la dénudation du fémur, cet espace se réduisait à une ligne un peu déprimée en forme de gouttière, admettant le tranchant de l'ostéotome.

La radioscopie, bien entendu, donne les mêmes impressions erronées, si même elle ne les exagère encore, ce qui se comprend d'autant mieux que généralement, le foyer lumineux est plus rapproché de l'objet.

Tout récemment, M. Nélaton faisait radioscopier par le Dr Chabry, deux fractures de jambe en voie de consolidation. Toutes deux siégeaient à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur.

La première avait été soumise à l'extension continue huit jours après l'accident (un appareil plâtré sévère ayant été reconnu impuissant à maintenir la correction d'un raccourcissement de plus de 3 centimètres et d'un déplacement du fragment inférieur, dans le sens antéro-postérieur) ; la radioscopie nous fit voir le fragment inférieur légèrement dévié en dedans, faisant un angle avec le supérieur d'environ 175 degrés, c'est-à-dire insignifiant; le péroné ne présentait aucune déformation. Dans le sens transversal, la conformation des deux leviers osseux paraissait régulière.

La seconde, qui avait été soumise à l'extension seulement vingt-six jours après l'entrée du blessé, présentait les signes d'un chevauchement des fragments; le raccourcissement au début était de 5 centimètres. D'avant en arrière, le tibia projeté sur l'écran était normalement conformé, l'ombre du péroné était très floue. La réduction de la fracture du tibia nous parut complète; nous ne pouvions juger celle du péroné. Vus de côté, les fragments inférieurs tant du tibia que du péroné, étaient tellement déviés en arrière et tellement remontés qu'on aurait pu loger deux doigts entre l'extrémité des fragments inférieurs et la face postérieure des supérieurs; le raccourcissement pouvait être estimé à 6 ou 7 cen-

timètres. On se demandait comment les extrémités des fragments inférieurs ne soulevaient pas la peau de la face postérieure de la jambe. Et ce grand chevauchement se réduisait à la mensuration à un raccourcissement de moins de 1 centimètre; la déviation était très peu accusée.

Que conclure de tous ces faits, sinon :

1° Qu'il faut faire la radiographie ou la radioscopie d'un membre au moins dans deux positions différentes;

2° Que la radiographie et la radioscopie peuvent exagérer plus ou moins les déviations des fragments osseux, la longueur du corps étranger, ou ne pas déceler de déplacements existants;

3° Que nous ne devons accorder qu'une confiance limitée aux impressions produites sur des plaques sensibles par les rayons X.

Je vais essayer d'interpréter et de corriger dans une certaine mesure, par des graphiques, les impressions laissées sur les plaques sensibles par les rayons de Rœntgen, quoiqu'ils n'obéissent pas absolument aux lois de l'optique, puisqu'ils ne subissent ni réflexion ni réfraction, c'est-à-dire ne sont ni réfléchis par un corps opaque, ni déviés de leur direction en traversant des milieux plus ou moins denses que l'air.

La radiographie est la reproduction, le plus souvent infidèle, d'un objet dont la structure oppose une résistance plus ou moins grande à la pénétration des rayons X. Elle est donc l'image de l'ombre projetée par les objets. Or, l'ombre d'un objet varie, 1° avec le diamètre du foyer lumineux, 2° avec la distance qui sépare ce dernier de l'objet éclairé, 3° avec l'angle d'incidence des rayons qui dessinent sa silhouette.

La photographie, au contraire, est l'image, la reproduction sincère d'un corps sur lequel se réfléchissent les rayons lumineux. En un mot, la photographie est l'image d'un objet ; la radiographie l'image de son ombre.

Il était nécessaire d'entrer dans ces détails, de donner ces définitions avant d'essayer de combattre la croyance généralement répandue que la radiographie et la photographie sont, au même degré, l'expression exacte de la vérité, l'image fidèle de l'objet qu'elles représentent. Cette interprétation fausse pouvant être, pour nous chirurgiens, une source intarrissable d'ennuis et de préjudices, pour les tribunaux, de jugements erronés, il me paraît nécessaire de nous y arrêter un instant.

Le foyer lumineux dont on fait usage en radiographie, tire sa source de l'électricité. Placé à 20, 30, 40, 50 centimètres de la plaque sensible, il modifie à chaque intermittence son intensité, son étendue et, dans une faible mesure, sa direction; d'où la

pénombre plus ou moins accusée qui entoure les images représentées sur les clichés et les photographies.

Voyons ce que nous révélera un graphique construit d'après les lois de l'optique, qui représentera d'autant plus exactement la marche des rayons X que ceux-ci ne subissent ni réfraction, ni réflexion.

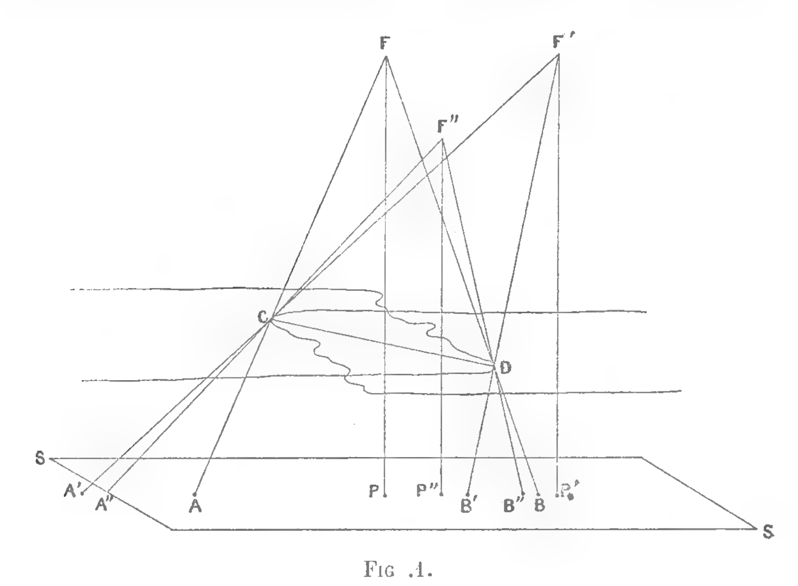


Fig. 1.

F, F', F", foyer lumineux. — S, S', plaque sensible. — C, D, extrémités des fragments. — F, P, distance du foyer lumineux à la plaque sensible 80 millimètres; F', P', 80 millimètres; F", P", 63 millimètres. — Distance de C, D = 41 millimètres; de A, B = 61 millimètres; de A' B' = 69 millimètres; de A", B" = 74 millimètres.

Soit une fracture modérément oblique d'un levier osseux, avec un léger chevauchement, entraînant un raccourcissement du membre. Les extrémités C D des fragments sont distantes l'une de l'autre de 41 millimètres sur le graphique. Un premier foyer lumineux F est placé à 80 millimètres de la plaque sensible et perpendiculairement au foyer de la fracture. Du foyer F, nous tirons deux lignes, F A et F B, rasant les extrémités des fragments dont ils vont reproduire les images en A et en B sur la plaque sensible. Tous les autres rayons intermédiaires à F A et F B seront arrêtés par la substance compacte de l'os, excepté ceux qui pourront filtrer entre les fragments. Or, si nous mesurons maintenant la distance qui sépare sur le cliché les images des extrémités C et D, nous la trouvons égale à 61 millimètres. L'image dépasse

donc de 20 millimètres la longueur de l'objet, c'est-à-dire de 1/3. Je ferai remarquer que, ne sachant qu'approximativement où est le centre du foyer de la fracture, c'est un heureux hasard que de placer le foyer lumineux perpendiculairement à ce centre, comme va le prouver la construction suivante. Plaçons le foyer lumineux en F F′ à droite du centre du foyer de la fracture et à la même distance de la plaque sensible, c'est-à-dire à 80 millimètres. Faisons la même construction que précédemment; nous aurons les rayons F′A′ et F′B′ qui impressionneront la plaque sensible en A′ et en B′, en donnant les images des extrémités osseuses. Or, l'espace compris entre A′ et B′ est égal sur le cliché à 69 millimètres, 8 millimètres de plus que dans la première expérience.

Maintenant, rapprochons le foyer lumineux de la plaque sensible en F″, distant de 63 millimètres au lieu de 80 et ne correspondant pas exactement au centre du foyer de la fracture. En faisant une construction semblable, nous trouverons l'empreinte des extrémités osseuses en A″ et B″ sur le cliché, distantes l'une de l'autre de 74 millimètres.

L'épreuve radiographique se rapprochera d'autant plus de la réalité, 1° que le foyer lumineux sera plus éloigné de la plaque sensible et de l'objet; elle l'atteindrait si les rayons étaient parallèles, 2° que le foyer lumineux et le centre du foyer de la fracture se trouveront sur une perpendiculaire à la plaque sensible. En portant le foyer lumineux à droite ou à gauche du foyer de la fracture, l'écart entre l'objet et l'image de son ombre est d'autant plus grand que les foyers sont plus éloignés de la perpendiculaire à la plaque sensible.

L'angle d'incidence des rayons tangents à l'objet a donc une grande influence sur l'étendue de l'ombre projetée. Plus il est ouvert, plus l'ombre est agrandie; plus il est aigu, plus elle se rapproche de la réalité, qu'elle n'atteint que quand les rayons sont parallèles. Aussi y aurait-il avantage à augmenter le plus possible la distance du foyer lumineux à l'objet, si l'image de l'ombre sur le cliché ne devait perdre de sa netteté.

De même que l'appréciation de la hauteur et de la configuration d'un monument, d'après l'ombre qu'il projette sur le sol n'est que grossière, de même la direction et l'étendue des déplacements et des difformités du squelette ne pourront être qu'approximatives d'après les épreuves radiographiques.

Evidemment, c'est déjà une notion utile que de savoir qu'un fragment est dévié de sa direction normale, même quand nous n'avons que des données incertaines sur la direction et l'étendue de son déplacement; il n'en est pas moins vrai que des renseigne-

ments exacts nous seraient d'une bien plus grande utilité pour diriger le traitement.

Quand on n'a à sa disposition qu'une seule épreuve, on peut être induit en erreur.

Quand on en a plusieurs, on ne sait à laquelle on doit s'en rapporter pour se faire une opinion, d'autant plus que, quel que soit le nombre des épreuves prises dans la même position, comme l'a fort bien dit M. Lucas-Championnière, aucune ne se ressemble.

Que deux fragments exactement superposés par rapport au foyer lumineux soient en contact ou séparés par des tissus mous, la radiographie restera muette, non seulement sur leur chevauchement mais même sur leur séparation; et malgré la différence de situation des plans qu'ils occupent, le trait de fracture n'apparaîtra pas sur le cliché si quelques rayons n'ont filtré entre les fragments. Dans les fractures spiroïdes par exemple, les rayons ne rencontrant sur la face antérieure ou postérieure des fragments que du tissu compact, ne laisseront sur la plaque sensible aucune empreinte de la solution de continuité.

M. Bazy nous a montré le cliché d'une fracture non douteuse de l'humérus, sur lequel il était impossible d'apercevoir le moindre trait de fracture. M. Berger vous a rapporté un fait tout aussi probant. Il s'agissait d'une fracture inter-trochantérienne du fémur, réduite sous le chloroforme et soumise à l'extension continue. Après la consolidation, la radiographie ne décela ni fracture ni cal.

Donc, sur l'épreuve muette, on n'est pas en droit de se prononcer sur la non-existence d'une fracture; mais si on a sous les yeux plusieurs radiographies prises en différentes positions, on restera rarement dans le doute.

Malgré cette précieuse découverte qui nous rendra des services au double point de vue du traitement et du diagnostic, quand nous saurons interpréter les empreintes que laissent sur les clichés les rayons X, ne négligeons pas les signes cliniques qui, dans bien des cas, corrigeront les exagérations des épreuves radiographiques ou nous dévoileront ce qu'elles ne nous avaient pas révélé. Et puis, on n'a pas toujours sous la main un radiographe et son appareil dont la mise en marche exige une installation particulière et une source d'électricité.

Les clichés radiographiques servent à tirer des épreuves photographiques qui, selon l'opérateur, reproduiront, diminueront ou augmenteront les exagérations des premiers, en ramenant les images des ombres aux dimensions des objets qu'elles représentent, en atténuant l'étendue des déplacements et des difformités. De même un radiographe pourra faire sans retouche une épreuve

qui corrigera plus ou moins les écarts des fragments en cherchant la position du membre dans laquelle la configuration à peu près régulière de l'un, masquera le déplacement de l'autre situé derrière, de sorte que les radiographes pouvant, à leur gré, lorsqu'ils ne livrent qu'une épreuve, exagérer ou dissimuler les déviations et les difformités du squelette, tiendront dans leurs mains la réputation des chirurgiens et les sentences des juges aussi longtemps que durera la croyance que la radiographie est l'image parfaite de l'objet.

Sous l'empire de cette croyance généralement acceptée, l'image exagérée des conformations vicieuses ne sera pas sans exercer une influence sur l'esprit des juges chargés de fixer l'indemnité légitimement due aux blessés. Cette réparation pécuniaire sera accordée avec une libéralité d'autant plus grande que les troubles fonctionnels réels ou simulés, seront rendus plus plausibles par l'exagération de l'épreuve radiographique qui deviendra la providence des simulateurs. Déjà elle a été le point de départ d'une véritable exploitation. Un blessé peu scrupuleux se présentant devant le tribunal, soutenu par deux béquilles, s'il s'agit du membre inférieur, affirme qu'il ne peut plus se servir de sa jambe, qu'il a été mal soigné, qu'estropié pour le reste de ses jours, il est dans l'impossibilité de gagner désormais sa vie et de nourrir sa famille. Cette déclaration habilement développée par un avocat brandissant la radiographie du traumatisme, obtient généralement un plein succès, qui se traduit par une indemnité exagérée. Aussitôt le jugement rendu, le blessé jette ses béquilles désormais inutiles.

Ne pourrait-on, par un graphique, corriger les exagérations des déplacements et des difformités figurés sur les épreuves?

Quoique délicate, la chose serait possible si on avait deux des données du problème, 1° la distance du foyer lumineux à la plaque sensible, 2° la distance à cette dernière des points tangents des rayons lumineux à l'objet.

Si ces distances pouvaient être mesurées exactement, le problème serait résolu géométriquement.

Supposons que sur la radiographie, les extrémités de deux fragments qui chevauchent soient distantes de 4 centimètres; nous savons ce chiffre exagéré. Pour arriver à déterminer sa valeur réelle, connaissant les distances, 1° du foyer lumineux à la plaque sensible, 2° des points tangents des rayons aux extrémités des fragments, nous construisons un triangle ayant pour base AB, l'espace compris entre les extrémités des fragments sur la radiographie, c'est-à-dire 4 centimètres, et pour cotes les rayons FA et FB partant du foyer lumineux F, éloigné de AB d'une distance

égale à FD et tangents en T et T′ aux extrémités des fragments. Comme nous sommes sensés connaître les distances comprises entre T et T′ et la base du triangle, nous abaissons de ces points tangents deux perpendiculaires qui rencontrent la base, en *a* et en *b*, points sur lesquels seraient venues se fixer les extrémités des fragments sur la plaque sensible si les rayons du foyer lumineux avaient été parallèles ; mais comme ils étaient divergents, c'est en A et en B qu'ils ont laissé leurs empreintes sur le cliché. La ligne $ab < AB$ de $Aa + bB$ représente la distance réelle comprise entre les extrémités des fragments.

La difficulté, sinon l'impossibilité de mesurer exactement la distance des extrémités des fragments cachés dans les tissus à la plaque sensible, diminue beaucoup la valeur de cette construction géométrique et des conclusions qu'on pourrait en tirer.

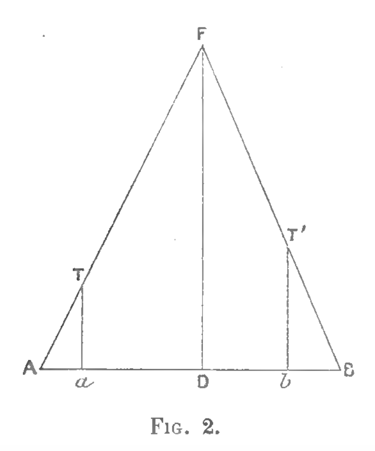


Fig. 2.

F, foyer lumineux. — F, D, distance du foyer lumineux à la plaque sensible. — F, A, et F, B, rayons tangents aux extrémités des fragments. — T, T′, points tangents. — A, B, Base du triangle égale à la distance cemprise entre les extrémités des fragments. — T, *a* et T′, *b*, perpendiculaires élevées de la base du triangle aux points tangents. — *a*, *b*, distance réelle de l'extrémité des fragments.

Dans le cours de cette discussion, on s'est servi indifféremment des termes réduction et coaptation. Avant les rayons X, si on pouvait croire à une coaptation des fragments, lorsque le segment du membre avait repris sa forme et sa longueur normales, il n'en est plus de même maintenant.

La radiographie nous a démontré que la coaptation, qui est *la mise en contact des points symétriques des surfaces fracturées*, est plus rare que nous ne le pensions. Nous continuerons donc à employer le mot réduction dans le sens que nous lui donnions

avant la découverte de Rœntgen, pour désigner la restitution au segment fracturé de sa forme et de sa longueur, sans nous occuper outre mesure des rapports réciproques des fragments.

J'arrive maintenant à une question plus délicate à traiter.

Quel est le rôle du chirurgien appelé auprès d'un blessé atteint de fracture? Gosselin l'a défini d'une façon très heureuse en quelques mots. *Rétablir la forme; rétablir la fonction.* Je ne puis supposer que, dans la forme, il ne faisait entrer que les contours du segment fracturé, et qu'il en excluait la longueur; autrement, la seconde indication aurait été difficile à remplir; un raccourcissement considérable étant incompatible avec la fonction régulière et normale, sans chaussure ou appareil orthopédique. Ces indications auraient acquis une précision plus grande encore si elles avaient été formulées de la manière suivante : *Rétablir la symétrie du squelette, rétablir la fonction.*

Actuellement, le rôle principal du chirurgien est de rétablir la forme, ou la symétrie du squelette, et c'est pour atteindre ce but qu'il a recours aux moyens les plus sûrs dans leur action, afin de ramener et de maintenir les fragments dans une position aussi régulière que possible. Quant au rétablissement de la fonction, lorsque la consolidation paraît assez avancée pour s'opposer aux déplacements, il le confie ordinairement à des personnes plus ou moins étrangères à la médecine (masseurs, électriciens, baigneurs). Le chirurgien considère donc que le traitement réclamé par la première indication lui incombe, puisque c'est de lui et de lui seul qu'il s'occupe personnellement, laissant à d'autres les soins de rétablir, sous sa direction, la fonction du membre.

Après un examen un peu hâtif des épreuves radiographiques présentées par M. Tuffier, je me demandais comment, et quand, avec des raccourcissements, au moins en apparence, de 3 à 6 centimètres ; avec des déplacements invraisemblables dans toutes les directions, ses blessés recouvreraient les fonctions de leur membre; quand et comment les muscles raccourcis, déviés de leur direction, parviendraient à harmoniser leur action, à combiner leurs contractions synergiques pour donner la force et la précision aux mouvements. M. Tuffier nous a tout de suite rassurés en nous affirmant que les résultats étaient excellents. Mais autre chose est de faire exécuter quelques pas dans une salle d'hôpital, ou dans cette enceinte, à un blessé très attentif, s'appliquant à dissimuler sa claudication par toute sorte d'artifices; autre chose est de le rencontrer dans la rue, préoccupé de ses affaires, ne faisant aucun effort pour améliorer sa démarche. Ce qui était excellent le matin paraîtrait souvent médiocre l'après-midi. — M. Lucas-Championnière, tout en combattant énergiquement les

prétentions de la radiographie, est venu appuyer de son expérience et de sa longue pratique les conclusions de M. Tuffier. A ce propos, il nous cita Velpeau, qui prétendait qu'un raccourcissement de 7 centimètres, au membre inférieur, n'entraînait aucune claudication, opinion qui me paraît être plutôt une boutade du grand chirurgien qu'un axiome, car, contrairement aux axiomes, il aurait besoin d'être démontré.

Pour MM. Lucas-Championnière et Tuffier, les déformations du squelette, même étendues, n'auraient que peu ou pas d'influence sur les fonctions. Si, d'après M. Tuffier, tous les moyens de contention sont impuissants à maintenir la réduction ou à l'obtenir ; si les déplacements, même considérables, n'entravent que peu ou pas la fonction ; et si le rétablissement de la symétrie du squelette est sinon l'unique, au moins le principal motif pour lequel on a recours au chirurgien, d'ores et déjà on entrevoit la faillite prochaine de cette branche de la chirurgie. Car à quoi bon tenter la réduction, puisqu'aucun appareil ne pourra la maintenir ni l'obtenir, et que les déplacements, même considérables, sont compatibles avec un fonctionnement excellent et une esthétique irréprochable? Alors pourquoi appeler un chirurgien? Ce n'est pas pour rétablir la fonction, puisque habituellement il laisse ce soin à des mains étrangères. Ce n'est pas pour poser le diagnostic : le radiographe s'en charge.

En vérité, je ne vois pas quel service pourrait rendre un chirurgien dans le traitement des fractures si ces opinions venaient à prévaloir.

Je suis loin de prétendre qu'un fonctionnement passable soit toujours incompatible avec certains déplacements des fragments, bien qu'un traumatisme, d'apparence assez bénigne, comme la fracture de Dupuytren, entraîne des troubles fonctionnels très graves et permanents lorsqu'il n'y a eu ni réduction ni contention. En revanche, on en voit quelquefois de considérables qui, après un temps plus ou moins long, ne laissent après eux que de légers troubles fonctionnels. Mais l'exception n'est pas la règle ; la réduction et la contention n'en sont pas moins des indications impérieuses.

Est-il vrai, comme l'a dit M. Tuffier, que quels que soient les moyens employés, on ne puisse maintenir une réduction obtenue avec ou sans anesthésie. Cela est vrai quelquefois, mais, dans l'immense majorité des cas, par une intervention faite en temps opportun avec les armes si puissantes et si sûres que nous possédons actuellement, avec des soins assidus et intelligents, on obtient des résultats irréprochables, tant au point de vue de la forme que de la fonction. Pour démontrer que les moyens dont

nous disposons sont loin d'être impuissants, je rappellerai à vos souvenirs les malades soumis à votre examen par MM. Hartmann, Nélaton, Schwartz, Chaput et les radiographies de l'opéré de M. G. Marchant.

Le malade de M. Hartmann avait une fracture de jambe vicieusement consolidée; les fragments déviés chevauchaient de 4 centimètres.

Après une ostéotomie suivie de l'extension continue, la jambe reprit sa forme normale et le raccourcissement fut transformé en un léger allongement de 1 centimètre.

Celui de M. Schwartz avait un raccourcissement de 7 centimètres et un déplacement considérable des fragments. Après la même opération et le même mode de traitement, le raccourcissement fut réduit à 1 centimètre au plus, et la conformation de la jambe, comme vous avez pu le constater, était tout à fait normale. La radiographie prise après guérison montra les fragments en bonne position.

Vous vous rappelez peut-être ce grand jeune homme de dix-huit ans que vous présenta M. Nélaton. Consécutivement à une fracture itérative sous-trochantérienne de la cuisse droite très déformée, il avait un raccourcissement qu'il ne parvenait à corriger que par une chaussure surélevée de 9 centimètres. Après l'ostéotomie suivie de l'extension continue intensive, vous l'avez vu marcher très convenablement avec une chaussure de 2 centimètres d'élévation, bien qu'il se fût écoulé peu de temps depuis l'opération.

Le blessé de M. Chaput était sur la table d'opération pour subir la suture osseuse. L'extrémité du fragment supérieur du tibia qui avait embroché la face profonde du derme menaçait de perforer la peau à brève échéance. Le raccourcissement était de 3 centimètres. Or, sous l'influence de l'extension continue, le fragment se réduisit et la conformation du membre devint régulière sans opération.

M. G. Marchant nous a montré les radiographies prises avant et après l'opération d'une fracture de jambe très vicieusement consolidée. Le déplacement des fragments paraissait invraisemblable. Le raccourcissement qui était de 7 centimètres fut réduit par l'extension à 2 centimètres au plus. La jambe reprit sa forme normale et actuellement la fonction est entièrement rétablie.

Je me borne à rappeler les fractures qui ont passé sous vos yeux, mais je pourrais citer bien d'autres observations non moins concluantes.

Je ferai remarquer qu'il s'agit ici de fractures plus ou moins anciennes présentant des difficultés de réduction et de contention

paraissant insurmontables sans opération, et toutes, exceptée celle de M. Chaput, étaient compliquées.

On m'objectera peut-être que l'opération ayant libéré les fragments, les difficultés que présentait la réduction n'étaient pas plus grandes que dans les fractures récentes.

Tous les chirurgiens qui ont pratiqué des ostéotomies pour des fractures vicieusement consolidées savent qu'après la libération des fragments, on ne gagne, par une traction très énergique, que 1 à 1 1/2 centimètre. Or, comme le raccourcissement a passé de — 4 à + 1 chez l'opéré de M. Hartmann; a été réduit de — 7 à — 1 chez celui de M. Schwartz; de — 7 à — 2 chez celui de M. G. Marchant; de — 9 à — 2 chez celui de M. Nélaton; de — 3 à — 1/2 chez celui de M. Chaput; les 4 centimètres gagnés par le 1[er]; les 5 centimètres par le 2[e]; les 4 centimètres par le 3[e]; les 6 centimètres par le 4[e]; et les 2 1/2 centimètres par le 5[e] non soumis à la traction manuelle, déduction faite de 1 centimètre dû à la traction pendant l'opération, reviennent à l'extension continue qui seule, par sa longue durée, peut vaincre la résistance des muscles et des aponévroses rétractés, lesquels tendent à ramener dans leurs positions vicieuses les fragments libérés.

Est-ce là de l'impuissance?

Après les faits que je viens de rapporter, je ne puis croire que nous soyons désarmés dans le traitement des fractures. Au contraire, une étude prolongée de la question me donne la certitude qu'à aucune époque la chirurgie n'a eu à sa disposition des moyens aussi puissants, aussi sûrs de réduction et de contention. Et comme ces moyens reposent sur les principes des sciences exactes et biologiques dont l'association est pour ainsi dire notre monopole, le traitement des fractures ne sera pas de longtemps, s'il l'est jamais, détaché du domaine chirurgical.

Présentation de malade.

Ablation d'un ostéome du brachial antérieur. Résultat éloigné.

M. Loison. – Le malade que j'ai l'honneur de vous présenter fait partie de la série des cas d'ostéomes du brachial antérieur, dont je vous ai soumis l'an dernier les radiographies, et au sujet desquels, M. Picqué, a bien voulu se charger de vous faire un rapport.

Aujourd'hui, je veux tout simplement vous parler de l'opération

que j'ai pratiquée, vous montrer le résultat obtenu et vous faire part des conclusions qui me semblent découler de cette intervention.

Voici d'abord le résumé de l'observation :

J..., vingt-deux ans, originaire de la Bretagne, où il exerçait la profession de cultivateur, est incorporé au 130e de ligne. Le sujet, de constitution robuste, ne présente aucun antécédent héréditaire ou personnel.

28 *juin* 1899. — Pendant un exercice à la barre fixe, il tombe sur la main droite étendue, et se fait une fracture de l'extrémité inférieure du radius et une luxation du coude en haut et en arrière. Le blessé entre dans la soirée au Val-de-Grâce; il est placé dans le service de M. le médecin principal Nimier.

Le lendemain, après que j'eus pris une radiographie des deux lésions, la luxation du coude est réduite, et l'on immobilise immédiatement le membre supérieur dans un appareil plâtré.

2 *juillet.* — L'appareil est enlevé, et des séances quotidiennes de massage et de mobilisation sont instituées.

15 *juillet.* — Il persiste, à la face antérieure du pli du coude, de l'empâtement faisant songer à l'existence de l'hématome décrit par Charvot, ou à un ostéome peut-être déjà en voie de développement. La radiographie confirme cette seconde hypothèse, en me montrant, à la partie inférieure du brachial antérieur, une ombre ténue, assez étendue, à contours mal limités qui indique la présence de tissu osseux jeune.

Le massage, la mobilisation et les douches sont continués, dans le but d'obtenir le tassement, sinon la résorption de l'ostéome.

28 *juillet.* — Toute la région du coude est souple, sauf au niveau de l'ostéome qui persiste avec le même volume; on le délimite bien par le palper qui permet de sentir un prolongement qu'il envoie du côté interne; il présente une certaine mobilité dans le sens transversal, mais ne peut être déplacé de haut en bas. Sur une nouvelle radiographie, on constate qu'il s'agit d'une tumeur osseuse à contours nets, présentant l'aspect d'une petite masse réniforme, à concavité antérieure et n'ayant aucun point d'implantation sur l'humérus, pas plus que sur les os de l'avant-bras.

Les mouvements d'extension et de flexion du coude sont incomplets; la pronation et la supination se font normalement.

4 *août.* — Le malade part en convalescence, et se livre chez lui aux travaux des champs.

4 *septembre.* — A son retour au corps, on le renvoie à l'hôpital. Nous constatons cliniquement et radiographiquement que l'ostéome est dans le même état, et que les mouvements de flexion et d'extension du coude restent limités.

9 *septembre.* — Sous le chloroforme, je pratique, en dedans et parallèlement au tendon du biceps, une incision de 7 à 8 centimètres, dépassant en bas le pli du coude de 2 centimètres environ. Je récline le

biceps en dehors, le paquet vasculo-nerveux en dedans, j'incise les fibres les plus superficielles du brachial antérieur et j'arrive sur la capsule fibreuse de l'ostéome. Je la sectionne verticalement, et, à l'aide d'un instrument mousse et du doigt, je puis facilement faire l'isolement sous-capsulaire de toute la périphérie de la tumeur. Par ses deux extrémités, elle est fusionnée avec les fibres musculaires solidement implantées à la partie supérieure surtout, dans une espèce de cornet que l'on constate à ce niveau; pour séparer l'os du muscle, en ces points, il est nécessaire de recourir au bistouri et aux ciseaux. L'extraction fut laborieuse et assez délicate, vu l'irrégularité et la friabilité de la tumeur que j'enlevai en entier, sans la morceler, et en évitant de léser les vaisseaux huméraux et le nerf médian.

La pièce est constituée par un os spongieux, à contours très irréguliers, offrant sur sa face antéro-interne une gouttière verticale, dans laquelle passait l'artère humérale. Elle mesure 4,5 centimètres de long, 3,5 de large, et a une épaisseur moyenne de 2 centimètres. Dans le sens transversal, elle est légèrement concave en arrière.

L'extraction terminée, je rapprochai par des points à la soie les deux bords latéraux de la cavité creusée dans le muscle brachial antérieur, suturai également à la soie l'aponévrose d'enveloppe du membre, puis la peau au crin de Florence. Pas de drainage.

Je pus à ce moment faire exécuter au coude, sans le moindre effort, des mouvements complets de flexion et d'extension. J'immobilisai le coude en extension sous un pansement compressif, pour tenter d'obtenir la cicatrisation du muscle brachial antérieur en position d'élongation.

15 *septembre.* — Les suites opératoires furent très simples; il n'y eut ni fièvre. ni douleur.

J'enlève les sutures cutanées; la réunion est parfaite. Je refais le pansement en plaçant le membre en demi-flexion, pour éviter l'enraidissement de l'articulation du coude.

18 *septembre.* — J'enlève le pansement, et imprime au membre des mouvements passifs de flexion et d'extension qui se font toujours facilement et complètement. Je continue la même manœuvre tous les jours, à partir de ce moment.

Vers la fin de septembre, les mouvements de flexion et surtout d'extension deviennent progressivement douloureux, et tendent à se limiter de plus en plus, malgré l'emploi du massage, des douches, de l'électricité, de l'extension et de la flexion continues pratiquées avec des tubes en caoutchouc.

8 *novembre.* — Les mouvements de flexion et d'extension restent limités, par suite de la rétraction des muscles extenseurs et fléchisseurs de l'avant-bras sur le bras; la cicatrice cutanée opératoire s'est elle-même rétractée et est devenue un peu chéloïdienne. On ne trouve pas de liquide dans l'articulation du coude, et l'on ne perçoit pas de craquements pendant les mouvements.

Je place le malade en résolution sous le chloroforme et constate que les mouvements sont aussi limités qu'à l'état de veille; il s'agit donc

bien de rétraction et non de contracture musculaire. Une nouvelle radiographie prise à cette époque permet de constater que l'ostéome a été enlevé en totalité et ne s'est aucunement reproduit.

15 *décembre.* — La flexion du coude ne dépasse pas l'angle droit et l'extension arrive à 145 degrés environ.

On continue l'emploi des différents moyens de thérapeutique physique mentionnés précédemment.

20 *février.* — Actuellement, les muscles du membre ont repris sensiblement leur volume et leur force, mais les mouvements restent à peu près ce qu'ils étaient en décembre. Depuis longtemps, le condyle huméral du côté malade présente une certaine augmentation de volume, comparativement à celui du côté sain; cette hypertrophie résulte probablement de l'arrachement périostique qui s'est produit au moment de la luxation, et peut-être aussi de ce fait que la cupule radiale ne vient plus depuis plusieurs mois exercer sur lui sa pression normale dans l'extension du coude qui est impossible.

Le malade est proposé pour la réforme.

Réflexions. — L'opération datant maintenant de six mois, il est permis de supposer que l'état fonctionnel du membre n'a plus beaucoup de chances de s'améliorer.

Aussi, en tenant compte du résultat obtenu dans le cas présent, et en faisant appel à mes souvenirs concernant des malades du même genre opérés par quelques-uns de mes collègues et maîtres du Val-de-Grâce, et que j'ai eu l'occasion de suivre pendant un certain temps, je crois pouvoir dire que l'intervention sanglante ne donne pas, pour le traitement des ostéomes du brachial antérieur, des bénéfices supérieurs à ceux que l'on peut obtenir par un emploi méthodique et persévérant des différents moyens de thérapeutique physique : massage, mobilisation, etc.

Cette constatation peu encourageante me semble facile à expliquer. En effet, que faisons-nous en opérant? Nous enlevons la cicatrice osseuse qui réunit les extrémités des faisceaux musculaires rompus, et nous lui substituons une cicatrice fibreuse, laquelle quoique résultant d'une réunion par première intention a une tendance considérable à se rétracter, et nous donne finalement un brachial antérieur encore plus raccourci qu'il n'était avant l'ablation de l'ostéome.

Peut-être serait-il possible d'éviter la production de cette rétraction cicatricielle, en substituant, à la résection sous-capsulaire de l'ostéome, l'ablation extra-capsulaire faite en taillant à plein tranchant dans la substance musculaire. Je n'ai aucune expérience de ce mode opératoire.

M. Nimier. — J'ai extirpé un ostéome du même genre et je dois dire que les résultats ont été presque nuls au point de vue de

l'amélioration des mouvements du coude; et cela en raison des lésions péri-articulaires, consécutives à la luxation et aussi de la transformation fibreuse du brachial antérieur. Il existe aussi chez mon malade une ossification du tendon du triceps prolongeant le bec de l'olécrane.

Présentation de pièces.

Kyste de la mamelle.

M. Walther. — Je vous présente ici un kyste de la mamelle chez une femme de quarante-huit ans. Tumeur siégeant au côté interne du sein gauche. Tumeur fluctuante intra-mammaire, ovoïde, de 7 centimètres de long, entourée de lobules glandulaires granuleux et durs.

Eczéma léger du mamelon.

Extirpation totale de la tumeur par incision en tissu sain.

Coupe : cavité kystique bilobée à parois blanches, régulière, lisse, sans végétations et contenant un liquide grisâtre, graisseux, d'aspect lactescent, dont l'analyse faite par M. Desforges, interne en pharmacie du service, a donné le résultat suivant : Pour 7 centimètres cubes de liquide :

Matières grasses	0,11	centigrammes.
Caséine	0,083	milligrammes.
Lactose	0,185	—

Ces chiffres représentent sensiblement la composition d'un lait dont la richesse est trois fois moindre qu'un lait normal de nourrice.

Je tiens à signaler que cette femme n'a jamais eu de grossesse.

Pylorectomie.

M. Walther. — Pylorectomie pour cancer stomacal au voisinage du pylore avec envahissement ganglionnaire étendu, et dont l'intérêt réside dans l'envahissement du petit et du grand épiploon au voisinage des courbures.

L'opération a été pratiquée il y a neuf jours, le 12 février.

J'ai fait l'anastomose termino-terminale et la fixation du duodénum au milieu de la suture de l'estomac. J'avais donc deux

angles à l'abouchement de l'intestin et cependant la suture a été facile et paraît avoir bien tenu, puisque les suites de l'opération ont été absolument régulières, apyrétiques et que la malade s'alimente bien aujourd'hui.

M. Ricard. — Un de mes internes, M. Guillot, a publié récemment dans la *Gazette des hôpitaux* huit cas de pylorectomie par le procédé de Billroth 1re manière; j'ai eu un décès sur ces huit opérations. J'ai fait dans ces cas la suture termino-terminale et je n'ai jamais vu la suture lâcher.

Varice anévrismale traumatique de l'artère interosseuse de l'avant-bras droit.

M. Bazy. — La pièce que j'ai l'honneur de vous présenter est une varice anévrismale traumatique de l'artère interosseuse de l'avant-bras droit, que j'ai enlevée ce matin à un jeune homme de vingt et un ans, qui, il y a cinq ans, se piqua avec un couteau de cuisine qui pénétra transversalement dans l'avant-bras.

On voit, en effet, une cicatrice à peine visible, située vers la partie moyenne de l'avant-bras, sur sa face antérieure, vers le bord interne de cet avant-bras.

Immédiatement après la blessure, l'avant-bras se tuméfia énormément et ne saigna pas du tout. Le bras resta volumineux ; peu à peu, le blessé a vu ses veines se développer, a senti des battements et même a fini par être incommodé par le bruit qu'il entendait quand il se couchait sur son bras.

En examinant l'avant-bras gauche, on voit qu'il est beaucoup plus volumineux que le droit.

Il est sillonné de grosses veines, surtout sur la face postérieure, où on voit de grosses veines variqueuses serpentines de plus de un centimètre de diamètre, formant presque tumeur et animées de mouvements visibles et perceptibles au doigt, enregistrables même au sphygmographe.

Les médianes basilique et céphalique sont très développées et sur la céphalique, dans l'espace inter-deltoïdo-pectoral, on voit des battements. Il suffit d'appuyer la main sur l'avant-bras pour sentir un frémissement, un thrill très prononcé. Ce frémissement est perceptible au poignet, sur l'humérale au pli du coude, même un peu sur l'axillaire.

Ces vaisseaux sont très développés, la radiale est au moins aussi grosse qu'une grosse humérale; on sent aussi la cubitale,

mais moins facilement ; la sensation n'est pas aussi nette, précise que pour la radiale ; elle est plus diffuse.

L'humérale est sinueuse au pli du coude et très augmentée de volume, vibrante.

Les battements de l'axillaire sont beaucoup plus visibles que du côté opposé ; cette artère est évidemment très augmentée de volume.

L'auscultation donnait des résultats très remarquables : sur tout l'avant-bras, on entendait un bruit continu, mais en se rapprochant de la cicatrice, ce bruit était renforcé par un véritable sifflement, ou plutôt un piaulement, qui pouvait même, quand on appliquait le stéthoscope, être entendu à une distance de 5 à 6 centimètres environ du pavillon.

Je cherchai à faire le diagnostic du siège de la communication.

Le maximum du piaulement se trouvant être au voisinage de la cicatrice et vers le milieu de l'avant-bras, je dus éloigner l'idée d'une lésion des vaisseaux radiaux et surtout des vaisseaux cubitaux et je pensai à une communication entre les vaisseaux du nerf médian ou des interosseux, mais plutôt des interosseux, en raison de la rareté relative d'une artère du nerf médian un peu volumineuse et en raison de la profondeur de la lésion.

C'est pour cette raison que je fis l'incision au niveau de la cicatrice, au lieu de la faire sur le trajet connu de la radiale ou de la cubitale.

Opération : Double ligature et extirpation. — Incision longitudinale de 8 à 9 centimètres environ, passant par la cicatrice. L'incision de l'aponévrose est accompagnée d'un écoulement sanguin de veines qui se fait en jet comme celui d'une artère ; on place quatre pinces, dont deux importantes ; on se dirige dans les interstices inter-musculaires vers la partie moyenne de l'avant-bras ; on arrive ainsi sur des vaisseaux et on voit nettement l'artère en avant et en dehors : elle a le volume d'une petite axillaire ; en arrière et en dedans, on voit une grosse dilatation veineuse qui paraît mesurer 3 centimètres de diamètre au moins. En mettant le doigt dessus, on perçoit un maximum de frémissement qui se trouve au niveau d'un point où les vaisseaux paraissent un peu rétrécis et où il semble qu'il y ait un nodus d'apparence cicatricielle ; on dissèque avec autant de soin que possible les deux vaisseaux ; on passe à 3 centimètres au-dessus une aiguille de Deschamps, on en passe une seconde à un bon centimètre au-dessous du nodus.

On a mis des fils de catgut ; en retirant la seconde aiguille, on a un suintement qui serait assez considérable si on ne l'arrêtait pas en tirant sur le fil.

On fait les ligatures, et l'hémostase est parfaite.

On sectionne les vaisseaux entre les deux ligatures et on les enlève.

Il ne se fait qu'un petit suintement sanguin dans le fond de la plaie; il est arrêté par une pince et une ligature; ce suintement est probablement dû à une section des vaso-vasorum dilatés. On place ensuite une petite ligature sur une veine musculaire et on ferme par une suture à points séparés sans suture profonde.

Immédiatement après la double ligature, le frémissement a cessé; en examinant le fond de la plaie, on voit la surface de section de la veine dans laquelle on aurait pu loger l'extrémité du pouce.

Avant de faire le pansement, on tâte la radiale au poignet : elle bat moins fort, semble-t-il, qu'avant; la cubitale bat aussi et on la sent sur un point plus limité, la pulsation paraît moins diffuse.

Les veines tortueuses du dos de l'avant-bras sont affaissées, elles ne battent plus; on ne voit plus non plus les battements de la céphalique.

Les constatations du pouls sur la radiale et la cubitale prouvent qu'il s'agit de l'interosseuse comme on l'avait supposé, sans compter que nous avions trouvé la dilatation vasculaire immédiatement en avant de l'aponévrose interosseuse.

L'orifice de communication mesure environ 2 millimètres.

Pansement aseptique.

Je me permets d'appeler l'attention sur la rareté d'une semblable lésion, sur l'énorme développement des vaisseaux à une distance considérable, sur les véritables dilatations cirsoïdes des veines et des artères, non seulement en aval mais en amont.

Ce fait me semble venir à l'appui de la théorie développée par M. Terrier, qui fait de l'anévrisme cirsoïde la conséquence soit traumatique soit accidentelle de la communication entre une artère et une veine.

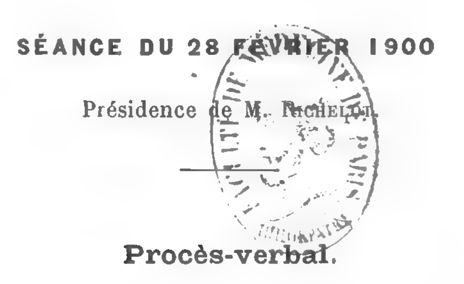
Le Secrétaire annuel,

AD. JALAGUIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 28 FÉVRIER 1900

Présidence de M. Richelot.



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. Aug. Broca, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Une lettre de M. Quénu, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

4° Une lettre de remerciements de M. Thomas Jonnesco (de Bucarest), à propos de sa récente nomination au titre de membre correspondant étranger.

Décès de M. Eugène Bœckel.

M. Richelot. — J'ai l'honneur d'annoncer à la Société, la mort de notre éminent correspondant national Eugène Bœckel. Il n'est pas de ceux qui ont besoin, dans cette enceinte, d'une oraison funèbre officielle. Tous, nous l'avons connu, aimé, respecté; il était des nôtres, étant resté Français. Tout ce que je pourrais dire sur ses travaux et sur son caractère affaiblirait l'expression de nos

regrets ; la Société de chirurgie tout entière adresse par ma voix, à la famille d'Eugène Bœckel, l'assurance de sa profonde sympathie.

Communication

Statistique de 41 *hématocèles, traitées par laparotomie, colpotomie, ou hystérectomie,*

par M. PAUL REYNIER.

Messieurs, ma communication sera courte; je n'ai pas l'intention, en effet, de rouvrir ici la discussion sur le traitement des hématocèles, mais M. le Dr Picqué a cru devoir me demander une statistique; je crois devoir répondre à son appel, n'ayant aucune raison de cacher cette statistique sur laquelle je me suis toujours basé pour défendre les idées que j'ai soutenues devant vous : la laparotomie comme traitement de choix dans les hématocèles.

Si je ne vous l'ai pas encore donnée, c'est que je ne suis pas très partisan de ces exhibitions de statistique, qui, à mon avis, prouvent beaucoup moins que les faits isolés bien étudiés, qui, par les détails, sont pour moi plus démonstratifs.

C'est pour cela que je vous ai présenté successivement un certain nombre d'observations, qui me semblaient de nature à à vous frapper. Au lieu de discuter ces observations, M. Picqué préfère ma statistique, je la lui apporte. Et ce n'est qu'à M. Picqué que vous pourrez en vouloir si je prends encore la parole sur ce sujet.

A l'heure actuelle, j'ai opéré depuis 1890, époque à laquelle je me suis trouvé à la tête d'un service de gynécologie important, 38 hématocèles, grossesses extra-utérines ou inondations péritonéales.

Sous le nom d'hématocèle, je comprends les épanchements sanguins limités, coïncidant avec une salpingite hémorragique.

C'est ce que vous appelez encore, avec M. Routier, l'hématocèle non habitée.

A ce chiffre de 38, j'ajoute 3 hématocèles opérées par mon ami le Dr Beurnier, dans mon service, ce qui porte le nombre de mes observations à 41.

En 1895, au Congrès de chirurgie, je vous ai déjà donné une première statistique de 12 *laparotomies*, comprenant 9 *hématocèles*, 2 *grossesses extra-utérines*, une *inondation péritonéale;* toutes *les* 12 se sont terminées par la guérison.

A cette statistique, j'ajoute :

1 *hystérectomie vaginale*, faite en 1893 ;
2 *colpotomies*, faites en 1890 et 1892, avec 2 guérisons.

Depuis, je relève, en :

1895.	2 laparotomies. .	1 pour *hématocèle*. Guérison. 1 pour *grossesse extra-utérine*. Guérison.
	1 colpotomie. . .	pour *hématocèle* déjà ancienne de deux mois. La malade sort guérie au bout d'*un mois*.
1896.	4 laparotomies. .	3 pour *hématocèle*. 1 mort. 1 pour *grossesse extra-utérine*. Guérison.
	1 hystérectomie .	Consécutive à une *colpotomie*. La malade s'infectait, le foyer se vidant mal, je crus devoir intervenir. *Mort*.
	3 colpotomies. . .	Les 2 *premières opérées* quittèrent le service avec la mention : *non guérie*. On sent encore à gauche une masse qui paraît être formée par la trompe remplie de sang. *Chez la troisième*, on dut recourir à l'*hystérectomie*.
1897.	3 laparotomies. .	2 pour *inondation péritonéale* : 1 guérison, 1 mort. 1 pour *hématocèle*. Guérison.
	1 colpotomie. . .	La malade est marquée sur le cahier : *guérie*.
1898.	3 laparotomies. .	2 pour *hématocèle. Guérison.* 1 pour *grossesse extra-utérine* (faite après colpotomie donnant lieu à une forte hémorragie, nécessitant la laparotomie immédiate. *Guérison*). J'ai rapporté cette observation à la Société.
	2 colpotomies. . .	1 pour *hématocèle, petite, limitée. Guérison.* 1, où croyant ouvrir une *hématocèle*, je suis tombé sur une *grossesse extra-utérine* et fus obligé de faire la *laparotomie*.

1899.	**4 laparotomies.** .	1 pour *inondation péritonéale* (malade amenée exsangue par M. le D[r] Bouchut. Avec les injections de sérum, on essaie de relever le pouls. La température étant remontée, on l'opère. On tombe sur un épanchement occupant toute la cavité abdominale. La malade *meurt le lendemain*, malgré les injections de sérum, et le drainage). 1 pour *grossesse extra-utérine. Guérison.* 1 faite par M. Beurnier pour *hématocèle. Guérison.* 1 pour *grossesse extra-utérine.* (Je vous ai rapporté cette observation. J'avais cru à une collection suppurée, je fais l'incision iliaque. Hémorragie épouvantable qui me force à faire la laparotomie immédiate. *Guérison.*
	1 hystérectomie .	Due à une erreur de diagnostic. J'avais cru à une lésion annexielle, je suis tombé sur une *petite hématocèle* avec les annexes d'ailleurs malades des 2 côtés. *Guérison.*
	2 incis. iliaques .	Avec drainage vagino-abdominal pour *hématocèle. Guérison* après suppuration. 1 où tombant sur une *grossesse extra-utérine* je dus faire la laparotomie immédiate. *Guérison.*
	1 colpotomie. . .	*Guérison.*
1900.	**1 laparotomie. . .**	pour *grossesse extra-utérine.* Encore dans le service. C'est celle, dont je vous ai rapporté l'observation et pour laquelle j'ai fait la marsupialisation de la poche.
	1 colpotomie . . .	Faite par *M. Beurnier.* La malade a eu une très forte hémorragie à la suite de l'incision du cul-de-sac, hémorragie que M. Beurnier put toutefois arrêter par un tamponnement très serré.

En résumé :

J'ai fait 29 fois la *laparotomie.*

8 *fois*, j'ai trouvé une grossesse de deux à quatre mois maximum. J'ai eu 8 guérisons.

4 *fois*, je me suis vu en présence d'une inondation péritonéale; j'ai sauvé 2 malades, j'en ai perdu 2.

17 *fois*, j'ai trouvé des hématocèles simples, j'ai perdu 1 seule malade.

Dans presque tous ces cas, sauf pour 6 malades, je me suis contenté d'enlever l'annexe malade, de laver à l'eau stérilisée sous pression et de refermer sans drainage ; toutefois, dans 6 cas, j'ai

cru devoir drainer au moyen d'une petite mèche; 2 *fois*, je fis un large drainage vagino-abdominal.

Sauf dans 8 *cas*, où je fis l'ablation des deux annexes, je me suis contenté dans les autres cas de n'enlever les annexes que d'un côté.

3 malades sont revenues me voir, étant redevenues enceintes; je tiens à constater le fait, qui répond aux reproches que l'on fait aux laparotomistes d'empêcher la fécondation utérine.

Si j'ai fait, dans quelques cas, l'ablation des deux annexes, c'est qu'il arrive quelquefois que les deux trompes sont remplies de sang, paraissent malades, et il est difficile d'apprécier nettement, au milieu des caillots de l'hémorragie, d'où vient le sang.

Ce sont là des faits qui me paraissent exceptionnels, et qu'il est intéressant de signaler.

J'ai fait 3 *hystérectomies*, 2 par erreur, croyant avoir affaire à des lésions annexielles, 1 par nécessité pour drainer un foyer d'hématocèle qui, ouvert par la colpotomie, s'était infecté. C'est celle-là qui s'est terminée par la mort.

J'ai fait 11 fois l'incision du cul-de-sac; 1 *fois*, je dus faire l'hystérectomie consécutive pour infection du foyer que se vidait mal; la malade mourut.

1 *autre fois*, je dus faire la laparotomie mediane pour remédier à une hémorragie grave due à l'ouverture d'une grossesse extra-utérine.

J'ai encore dans le service la malade colpotomisée par M. Beurnier, où il eut une hémorragie grave qui fut arrêtée par le tamponnement, et qui conserve dans le côté gauche une masse énorme, probablement l'œuf, qui va nous forcer à faire une laparotomie secondaire.

Enfin j'ai noté *chez 2 malades* une guérison incomplète; les malades, à leur sortie, conservant encore une grosseur dans le côté, due très probablement à la trompe remplie de sang.

A cette statistique j'ajouterai deux malades.

Une, qui avait été traitée par l'incision du cul-de-sac par un de mes collègues et qui, quatre ans plus tard, est revenue dans mon service se faire faire une hystérectomie, ses annexes étant malades.

Une autre, que j'ai été obligé, dix ans après une hématocèle ouverte par Gosselin, de laparotomiser pour des lésions de salpingo-ovarite, qui m'ont paru pouvoir se rattacher à l'ancienne lésion.

J'ajouterai, enfin, une statistique de quelques cas que j'ai pu relever, où l'incision du cul-de-sac a été suivie d'hémorragie grave immédiate ou tardive.

2 *observations personnelles*, dont je vous ai parlé déjà dans cette Société, où j'ai été obligé de faire la laparotomie pour remédier à une hémorragie retoutable succédant à la laparotomie;

1 *cas de M. Routier*, cité par lui, où il fut obligé de faire la laparotomie au lieu de la colpotomie pour le même motif;

1 *cas identique que je dois à l'obligeance de M. Perrot*, où on fut obligé de faire la laparotomie à cause de l'hémorragie grave succédant à la colpotomie;

1 *cas de M. Isch-Wall*, où la mort est survenue à la suite d'une incision du cul-de-sac par le fait de l'hémorragie;

1 *cas de M. Potherat*, où, sept jours après la colpotomie, une hémorragie grave nécessita la laparotomie;

1 *autre de M. Richelot*, où une hémorragie tardive emporta la malade;

1 *cas de Malgaigne*, cité par *Cestan*, où, dans une hématocèle datant de cinq ans, la colpotomie donna une hémorragie grave;

Enfin, *j'ajouterai un cas de M. Rochet*, que je trouve dans le congrès gynécologique de Bruxelles, où la malade mourut de septicémie, comme dans une de mes observations personnelles, faute de pouvoir par la colpotomie évacuer les caillots. Ceci vient à l'appui de ce qu'écrivait M. Segond en 1887, lorsqu'il considérait la voie vaginale comme dangereuse,car elle ne permettait pas, disait-il, de réaliser une antisepsie et un nettoyage suffisants.

M. Picqué a voulu des chiffres; je crois que ceux-ci sont concluants et qu'ils justifient ma manière de voir lorsque je considère que la colpotomie, bonne pour de petites hématocèles, est toutefois une opération peu sûre, quand on se trouve en présence d'hématocèles très volumineuses, de date relativement récentes, et, par récentes, j'entends de un à deux mois.

Étant donné, de plus, la difficulté de faire le diagnostic certain entre une hématocèle habitée et une hématocèle non habitée, et les dangers de la colpotomie dans ce dernier cas, la laparotomie me paraît être la voie de choix pour aborder ces collections.

Je regrette de ne pas être d'accord avec la majorité de mes collègues, mais je suis heureux d'avoir l'appui de MM. Lucas-Championnière et Terrier.

Technique de la pylorectomie,

par MM. HENRI HARTMANN et BERNARD CUNÉO.

L'opportunité du traitement chirurgical du cancer du pylore n'est plus discutable aujourd'hui. La mortalité opératoire est encore élevée par la faute des médecins, dont un grand nombre, peu au courant de la question, retardent le moment de l'intervention, faisant ainsi perdre à leurs malades les bénéfices d'une ablation précoce; mais on peut dire que le pronostic de la pylorectomie, dès actuellement moins grave que celui de l'hystérectomie abdominale pour fibromes utérins il y a une quinzaine d'années, va certainement se réduire comme celui de cette dernière. Il suffira pour cela que nous ayons des malades se trouvant encore dans de bonnes conditions opératoires, ce qui ne peut manquer d'arriver rapidement.

Ce que nous devons rechercher maintenant, ce sont des *guérisons durables.*

Ici, comme pour tout cancer, c'est l'ablation de la totalité des parties envahies qui importe; les soi-disant récidives de cancer ne sont en effet pour nous que des continuations d'évolution de noyaux néoplasiques ignorés. Pour les éviter, il faut savoir où se trouvent les parties envahies par le cancer, connaître exactement ses propagations.

A cet égard, le cancer de l'estomac est particulièrement favorable. Isolé en quelque sorte dans la cavité péritonéale, l'estomac peut facilement être examiné, au cours d'une intervention plus facilement qu'une langue, qu'un sein ou qu'un rectum; ses lymphatiques et les ganglions auxquels ils se rendent sont extirpables. Les conditions d'une opération radicale se présentent donc plus complètement que pour tout autre organe. Si l'on ajoute à cela que le cancer de l'estomac a, d'une manière générale, une évolution lente, on voit que, pour le guérir définitivement, on se trouve dans des conditions bien meilleures que celles qu'on rencontre généralement.

Dans cette courte communication, nous n'avons pas la prétention d'apprendre des points nouveaux à ceux qui étudient de près la question; mais, comme il s'agit de faits encore peu connus de la majeure partie des chirurgiens, ou à peu près ignorés des médecins, nous croyons intéressant de vous rappeler ce qui nous semble résulter de l'étude anatomique des *cancers du pylore* que nous avons eu l'occasion d'examiner dans ces dernières années; cela nous permettra de poser ensuite des indications opératoires plus précises que celles qui ont été données jusqu'ici.

L'étude de nos pièces nous a montré que :

1° *Le cancer se propage peu vers le duodénum.*

2° *Il s'étend surtout vers l'estomac, en particulier vers la petite courbure.*

3° Contrairement à ce qui arrive pour les épithéliomas cutanés, et conformément à ce qu'on observe pour les épithéliomas d'une manière générale, *il envahit les ganglions, cet envahissement se faisant surtout du côté de la petite courbure.*

Ce sont ces divers points que nous allons étudier afin d'en tirer ensuite des déductions opératoires.

1° *Le cancer se propage peu vers le duodénum.*

C'est là, croyons-nous, un fait bien connu, et que nos observations n'ont pu que confirmer. L'extension habituelle du cancer gastrique dans la sous-muqueuse, facilitée par la laxité de celle-ci, se trouve gênée au niveau du pylore par l'absence de continuité entre la sous-muqueuse de l'estomac et celle du duodénum. Cet arrêt est évident sur un grand nombre de pièces, et l'on peut même le constater histologiquement. Il ne faut pas, toutefois, se fier d'une manière absolue à cet arrêt apparent des lésions, car si l'on n'observe guère l'envahissement du duodénum par l'extension directe et continue d'un cancer gastrique, on trouve quelquefois, dans la sous-muqueuse duodénale ou dans la musculaire, des lymphatiques histologiquement envahis par l'épithélioma, alors même que la muqueuse est saine.

De ces constatations résulte ce fait que si le cancer envahit peu le duodénum, il s'étend cependant dans certains cas le long des lymphatiques et que, par suite, il est utile de faire porter la section à une certaine distance des lésions muqueuses apparentes. En tous cas, il est absolument irrationnel d'employer les procédés de résection sous-muqueuse de Kümmer et Kocher (1) qui enlèvent une muqueuse saine et laissent des lymphatiques sous-jacents infiltrés.

2° *Le cancer s'étend surtout vers l'estomac, en particulier vers la petite courbure.*

Le fait de l'extension du cancer du côté de l'estomac a été bien indiqué par un certain nombre de chirurgiens, en particulier par Czerny. Celui plus spécial de son extension vers la petite courbure a moins frappé les auteurs. Il est cependant mentionné par Carle et Fantino dans leur important mémoire sur la chirurgie de l'estomac (2).

Sur onze pièces de cancers pyloriques au début, nous avons neuf

(1) Kummer. *Arch. f. klin. Chir.* Berlin, 1891, t. XLII, p. 534.
(2) Carle et Fantino, *Arch f. klin. Chir.* Berlin, 1898, t. LVI, p. 240.

fois relevé cet envahissement de la petite courbure. L'envahissement se fait déjà au niveau de la muqueuse, il est plus étendu dans la sous-muqueuse, il s'étend enfin quelquefois jusqu'au voisinage du cardia dans la tunique péritonéale, constituant alors ces plaques blanchâtres, fermes et lisses, bien connues de tous ceux qui ont une certaine expérience de la chirurgie stomacale.

3° *Le cancer du pylore envahit le plus souvent les ganglions lymphatiques, en particulier ceux qui siègent le long de la petite courbure.*

Dans une discussion qui eut lieu ici même il y a deux ans, l'un de nous, s'appuyant sur des faits d'Eiselsberg, de Kocher, de Schlatter et sur quelques examens de pièces personnelles, émit l'avis que les ganglions parastomacaux, augmentés de volume et accompagnant un cancer de l'estomac, étaient *quelquefois* des ganglions simplement inflammatoires (1). Cette opinion sembla confirmée par Carle et Fantino qui, examinant huit fois des ganglions, constatèrent dans quatre une absence complète de lésions épithéliomateuses, soit dans 50 p. 100 des cas.

Des recherches plus récentes nous ont montré que l'envahissement cancéreux des ganglions était habituel et se rencontrait dans 84,6 p. 100 des cas (11 sur 13).

Il existe des différences au point de vue de la fréquence de l'envahissement néoplasique suivant le groupe ganglionnaire considéré ; celui de la petite courbure est plus souvent pris que celui de la grande (2).

Cette tendance du cancer à envahir les ganglions de la petite courbure existe même quand la tumeur ne siège pas de ce côté. Elle est en rapport avec les données de l'anatomie qui nous montre que les collections, tributaires de ces ganglions, représentent la voie lymphatique principale de l'estomac. Ce fait, vérifié au cours d'injections faites par l'un de nous (3) a été constaté, nous dirions même volontiers exagéré par quelques-uns de ceux qui ont étudié les lymphatiques de l'estomac, c'est ainsi que Mascagni, dans son atlas, ne figure comme lymphatiques de l'estomac que ceux qui se rendent à la petite courbure.

Précisant un peu plus le siège des ganglions pris, nous pouvons dire que dans le cancer du pylore au début, seuls les ganglions appendus aux branches descendantes ou droites de l'artère coronaire sont envahis. Ceux qui accompagnent les branches récurrentes ou gauches ne reçoivent en effet les lymphatiques de la

(1) Hartmann. *Société de chirurgie*, 8 mars 1898.

(2) Cunéo. De l'envahissement du système lymphatique dans le cancer de l'estomac, *Thèse* de Paris, 1900.

(3) Cunéo. *Loc. cit.*

partie gauche de l'estomac. Ceux de la faux de la coronaire sont indemnes pendant la première période de l'évolution cancéreuse parce qu'ils constituent une deuxième étape dans le courant lymphatique et que les cellules épithéliales ont été arrêtées dans le premier groupe ganglionnaire, celui de la petite courbure.

Ajoutons, pour terminer ce que nous avons à dire sur l'envahissement lymphatique, que, dans près de la moitié des cas, nous avons trouvé des lésions des lymphatiques afférents, depuis l'embolie, caractérisée par la présence de quelques rares cellules épithéliales, jusqu'à la thrombose complète du vaisseau. Nous ne nous arrêterons pas aux adénopathies à distance (ganglions pancréatiques, du hile du foie, du mésocôlon transverse, etc.) qui n'ont rien à voir avec la question que nous traitons ici, car, pour nous, elles contre-indiquent toute intervention radicale.

De l'énumération de ces diverses constatations anatomo-pathologiques découlent quelques conclusions opératoires. Si l'on veut, dans un cancer du pylore même peu avancé, enlever la totalité des parties envahies, de manière à éviter la récidive, il faut faire sur l'estomac des résections étendues, enlever presque toute la petite courbure et extirper en même temps le groupe des ganglions de cette petite courbure et le groupe sous-pylorique. Comme le groupe de la petite courbure se trouve près de la naissance des branches droites de la coronaire, à une certaine distance du pylore, que de plus, les ganglions qui le composent sont en contact direct avec l'estomac, nous trouvons dans la nécessité de son ablation une deuxième raison pour enlever la presque totalité de la petite courbure.

Ceci posé, quelle est la meilleure technique pour enlever la totalité des parties envahies? Nous conseillons de commencer par effondrer les épiploons, en ayant soin de lier le grand à une certaine distance de l'estomac, au-dessous des ganglions; ceux-ci, différan en cela de ceux de la petite courbure, ne sont pas immédiatement au contact de l'estomac et, quelquefois même, adhèrent au mésocôlon transverse. Faisant alors relever le foie et attirant l'estomac en bas, on expose aux yeux la faux de l'artère coronaire; on la lie et on la sectionne. Ceci fait, on place des pinces à mors élastiques sur l'estomac, aussi près que possible du cardia. On sectionne le viscère et on le rabat vers la droite. Un coup de sonde donné dans le sillon pyloro-pancréatique met à nu l'artère gastro-duodénale qui se trouve immédiatement au-dessous du péritoine, au fond de l'angle résultant de la jonction de la première portion du duodénum et du pancréas. On la lie d'autant plus facilement qu'à ce niveau elle est isolée, la veine qui l'accompagnait l'ayant quittée

pour aller, vers le bord inférieur du pancréas, se jeter dans la veine mésentérique supérieure. Il ne reste plus, pour terminer l'opération, qu'à extirper le pylore avec les ganglions rétro-pyloriques. La ligature préalable de la gastro-duodénale aura facilité cette extirpation en prévenant toute effusion de sang.

On terminera enfin par un quelconque des procédés d'anastomose, l'implantation duodéno-gastrique de Kocher ou la suture termino-terminale de Billroth, s'il reste un segment duodénal mobile; la fermeture des deux bouts avec gastro-entérostomie dans les autres cas.

Nous avons cru intéressant de préciser, en nous appuyant sur l'anatomie normale et sur l'anatomie pathologique, quelques points de la technique de la pylorectomie. En suivant le procédé que nous venons d'indiquer, on lie les troncs vasculaires au lieu de perdre du temps et du sang en pinçant tous les points qui saignent à mesure qu'on les coupe, et en même temps on enlève largement les régions qui, l'anatomie pathologique nous le montre, sont d'une manière générale envahies par le cancer.

Lecture.

M. Laurens lit un travail sur un cas de *mastoïdite avec abcès intra-cranien sous-dural. Périphlébite fongueuse du sinus latéral avec fistule occipitale. Résection de l'apophyse. Guérison.*

Renvoyé à une Commission. — M. Nélaton, rapporteur.

Discussion

Kyste glandulaire du pancréas. Marsupialisation. Guérison,

par M. le Dr HENRI DELAGENIÈRE (du Mans).

Les interventions sur le pancréas sont relativement rares, c'est pourquoi il nous a paru intéressant de vous relater le fait suivant qu'il nous a été donné d'opérer dernièrement.

Deux méthodes d'intervention pouvaient être suivies : l'extirpation du kyste ou sa simple incision; la première constituant, d'après les statistiques les plus récentes de Korti, une opération grave; la seconde exposant le chirurgien à pratiquer une opération inutile s'il s'agissait d'un kyste néoplasique.

Dans ces conditions il nous a paru indispensable de chercher au cours de l'opération à compléter le diagnostic de façon à pouvoir agir en conséquence.

Nous avons pu ainsi, par l'examen du kyste, par l'étude de ses adhérences et de ses connexions, enfin par l'exploration de sa cavité, nous faire une opinion et recourir à la simple marsupialisation. Notre malade a parfaitement guéri sans avoir présenté le moindre incident.

Observation (1). — *Kyste du pancréas. Marsupialisation. Guérison.*

Le nommé Jacques R..., âgé de trente-cinq ans, fermier à la Grellerie, près Chenu (Sarthe), nous est adressé par le Dr Houdoux, de Château-du-Loir.

Dans ses antécédents, nous relevons une bronchite il y a douze ans et une jaunisse il y a huit ans.

Depuis ces accidents d'ictère, il a des crises douloureuses. La douleur naît à l'épigastre et s'étend ensuite à tout le ventre. La crise revient trois à quatre fois par an et dure d'un à deux jours. Pendant la crise, il est obligé de garder le lit et a des vomissements incoercibles.

Il y a cinq semaines, la crise est plus forte que de coutume, les vomissements sont incessants et la douleur du creux de l'estomac plus vive. Tous ces symptômes persistent pendant une dizaine de jours. Il s'aperçoit alors qu'il a une grosseur saillante à l'épigastre, débordant d'abord plutôt du côté droit, puis se portant et se développant rapidement à gauche. Depuis cette constatation, ses douleurs n'ont pas cessé, elles sont violentes, les vomissements sont continuels. Depuis trois semaines le malade n'a pu digérer que de petites quantités de lait.

État actuel. — Le malade présente une coloration bronzée de la peau très caractéristique et surtout marquée au visage. Il est jaune terreux. Ses traits sont tirés, il est maigre mais non cachectique. Il souffre beaucoup, surtout pendant le décubitus. Ses douleurs siègent principalement au creux de l'estomac et dans les reins, elles sont exaspérées par les mouvements de la respiration.

Localement, on constate une sorte de voussure faisant saillie au niveau de l'hypocondre gauche. Elle semble se perdre sous les fausses côtes gauches et se limite assez bien par la palpation. Elle dépasse à droite la ligne médiane d'un travers de main et elle descend à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Elle paraît avoir le volume de la tête. La pression exercée sur la tumeur est partout douloureuse, cependant la région ombilicale présente une sensibilité spéciale.

La percussion dénote de la matité dans la partie saillante de la tumeur. A droite, elle est séparée du foie par une zone sonore. En haut dans la région épigastrique on perçoit le tympanisme gastrique. Enfin le flanc gauche est sonore. La tumeur est fluctuante et la sensation de flot se perçoit jusqu'en arrière dans la région lombaire.

(1) N° 3.195 de la Statistique générale, rédigée d'après les notes prises par mon assistant le Dr Meyer.

En faisant déplacer le malade et lui faisant prendre successivement toutes les positions possibles, on ne modifie en aucune façon le rapport des zones sonores et des zones mates. La tumeur est donc fixe.

On ne trouve pas de ganglions hypertrophiés ni dans les aisselles, les aînes, le cou, ni nulle part.

Le malade ne présente rien au cœur ni aux poumons. Il urine 1.450 grammes d'urine, qui renferme :

Urée	27gr55
Acide urique	1 45
Acide phosphorique	2 50

Indican en grande quantité, mais on ne trouve ni sucre ni albumine.

Les fonctions digestives ne se font pour ainsi dire plus, c'est à peine si le malade peut digérer un peu de lait. Les selles ne présentent pas de graisse.

Opération le 20 *octobre* 1899. — Je suis assisté par les Drs Bolognesi et Meyer; sont présents les Drs Houdoux, Roy, Margoulis, Connor.

A 4 centimètres de la ligne médiane à gauche, je descends une incision de 12 à 15 centimètres sur le muscle droit en partant au-dessous des côtes.

Je passe à travers le muscle en dissociant ses fibres, dans le but de pouvoir au besoin sphinctériser ma marsupialisation. Le péritoine est bientôt ouvert, le feuillet antérieur de l'épiploon qui tapisse la tumeur est dissocié transversalement, et une portion de cette dernière est mise à nu. Elle a un aspect grisâtre, est très tendue au point que la fluctuation ne paraît pas certaine.

L'estomac, réduit au quart de son volume normal, est situé au-dessus de la tumeur à laquelle il semble fusionné. Au-dessous, le côlon est refoulé et complètement hors de vue. La cavité péritonéale est soigneusement garnie de compresses, puis une ponction est faite sur la partie saillante de la tumeur. Cette ponction donne issue à 3 lit. 60 centilitres de liquide brunâtre, mousseux, qui ne se coagule pas.

Après la ponction, la poche s'affaisse et est d'un accès plus facile, mais ses parois sont épaisses et tapissées extérieurement par de gros vaisseaux qui semblent appartenir d'une part à l'épiploon et d'autre part à la tumeur elle-même. Celle-ci adhère intimément aux organes voisins, de sorte que toute décortication complète paraît impossible. On doit donc, ce qui était prévu, s'en tenir à une marsupialisation.

La séreuse pariétale est suturée au moyen de deux surjets sur la surface de la tumeur, de façon à laisser au milieu un espace de cette dernière avec l'orifice de la ponction. Je pratique alors une ouverture d'environ 8 à 10 centimètres dans la partie extériorisée du kyste, de façon à pouvoir introduire la main dans l'intérieur (1). Cette main peut facilement explorer la cavité du kyste. A droite, elle va jusque sous le foie, en haut elle passe sous l'estomac, que l'on peut soulever. En arrière,

(1) Dans ce cas, l'extirpation du kyste m'ayant paru impossible j'ai cru devoir extérioriser le kyste avant d'en avoir fait l'exploration cavitaire. Cette façon de faire doit être rejetée.

elle arrive au contact de la colonne vertébrale et de la paroi lombaire.

Nulle part on ne sent de calculs, de portions friables, mais on ramène des débris de fausses membranes brunâtres. Je fais un grand lavage de la poche kystique avec du sérum chaud, et j'installe dans sa cavité trois gros drains de 12 millimètres; enfin, je fixe les bords de l'ouverture du kyste à l'aponévrose antérieure du muscle avec des catguts. Je termine en suturant la paroi comme à l'ordinaire et en fixant les drains à la peau avec des crins de Florence.

Pansement simple avec compresse et ouate stérile.

Examen du liquide (1). — La quantité du liquide fourni est de 3.500 centimètres cubes. Louche, rouge foncé, coloration due à de l'hémoglobine. Sa densité est 1,023, sa réaction alcaline, sa consistance visqueuse.

Le liquide abandonné à lui-même laisse déposer de grandes quantités de globules sanguins. La couche supérieure présente la même densité et la même viscosité que la couche inférieure. Il n'y a pas formation de caillot.

La méthode d'analyse suivie a été celle de Hoppe-Seyler.

Premier essai. — 100 centimètres cubes du liquide ont été traités par 1000 centimètres cubes d'eau distillée, puis de l'acide acétique dilué a été ajouté goutte à goutte jusqu'à disparition de tout précipité.

La solution ainsi préparée, additionnée d'une nouvelle quantité d'eau, s'est troublée; il s'est formé des flocons nombreux, ce qui permet de conclure à l'existence d'une substance de la nature des globulines et des albuminoïdes.

Deuxième essai. — Le liquide filtré a été chauffé à 100 degrés et il s'est formé un précipité très abondant de l'albumine du sérum.

Troisième essai. — 100 centimètres cubes du liquide filtré ont été étendus à 1 litre. Traités par l'acide acétique étendu et en excès il s'est formé un précipité persistant de *mucine*. Une petite quantité du précipité est traitée par une solution concentrée de chlorure de sodium et le précipité persiste : c'est donc de la mucine.

Quatrième essai. Recherche de la paralbumine. — 100 centimètres cubes de la sérosité sont précipités par 300 centimètres cubes d'alcool. Le précipité est lavé à deux reprises par une nouvelle quantité d'alcool. Le précipité est mis en suspension dans de l'eau distillée; il se dissout en partie. La solution est filtrée, puis traitée par un excès d'acide acétique étendu. Nouveau filtrage pour éliminer la mucine.

L'acide acétique est saturé par un peu de carbonate de soude, puis on précipite de nouveau par l'alcool à 90 degrés. Le précipité se dissout dans une petite quantité d'eau tiède qui se prend en gelée au bout de vingt-quatre heures. Mais la quantité est minime, il a fallu deux évaporations successives, c'est-à-dire agir sur 200 centimètres cubes de sérosité pour retrouver la paralbumine.

Cinquième essai. Recherche de l'urée. — L'alcool qui a servi à précipiter la sérosité est évaporé à une douce chaleur (bain-marie), jusqu'à siccité, puis le résidu est traité par l'alcool absolu.

(1) Cet examen est dû à l'obligeance de M. Charbonneau, pharmacien du Mans.

La solution filtrée est de nouveau évaporée, puis reprise une troisième fois. Le résidu est alors dissous dans l'eau distillée. La solution est précipitée par l'acétate basique de plomb; le plomb en excès est éliminé à l'aide d'un peu de carbonate de soude et le tout évaporé au bain-marie. Le résidu est alors dissous dans une petite quantité d'eau distillée et dosé par l'hypobromite de soude. Ce dosage donne 0 gr. 08 par 200 centimètres cubes de sérosité, soit 1 gr. 40 pour les 3.500 centimètres cubes. On peut donc affirmer l'existence de l'urée dans ce liquide. Du reste, préalablement au dosage, une partie des cristaux avait été soumise à la cristallisation par l'acide nitrique et l'examen microscopique avait montré nettement les cristaux de nitrate d'urée.

Sixième essai. Recherche de la cholestérine. — 300 centimètres cubes de sérosité ont été traités successivement par l'alcool, et le coagulum traité par l'éther sulfurique à chaud. Les solutions (alcoolique et éthérée) sont évaporées à siccité, et le résidu repris d'abord par l'eau distillée pour enlever les matières solubles, puis par l'éther. L'éther a laissé cristalliser une lamelle de cholestérine, mais la quantité obtenue a été trop minime pour pouvoir donner lieu aux réactions chimiques.

Septième essai. Recherche de la leucine et de la tyrosine. — 100 centimètres cubes de la sérosité ont été traités par l'acétate basique de plomb jusqu'à refus. Le liquide filtré a été traité par H^2S pour éliminer le plomb. Après élimination du plomb, le liquide a été évaporé à siccité, puis repris par l'eau distillée. La solution ne contenait *ni leucine, ni tyrosine.*

L'examen du dépôt au microscope donne : globules du sang, les uns décomposés, les autres frais; leucocytes en petite quantité; globules gras; quelques parcelles de tissus nécrosés par la macération; nombreuses fibrilles réunies par petits amas. Aucun cristal de cholestérine ni de leucine.

La recherche de la peptone a donné un résultat négatif.

Examen histologique de la paroi du kyste (1).—Un fragment de la paroi du kyste a été enlevé au cours de l'opération. Sur des coupes, il est impossible de distinguer aucun élément glandulaire, mais on trouve rapprochés de la paroi interne du kyste de nombreux vaisseaux de nouvelle formation dont quelques-uns séparés de la cavité du kyste par une couche mince de fibrine coagulée.

Marche. — Les suites opératoires ont été des plus simples. La température n'a jamais dépassé 37 degrés. Le malade s'est trouvé soulagé immédiatement; il a commencé à digérer un peu de lait dès le deuxième jour, puis les fonctions digestives se sont rétablies peu à peu.

Il s'est écoulé beaucoup de liquide par les drains, tantôt clair, tantôt brunâtre. Le quatorzième jour, on enlève deux drains et on en laisse un. Le malade sort de la clinique le 3 novembre, quinze

(1) Cet examen histologique est dû à l'obligeance du Dr Hamon du Fougeray.

jours après son opération, avec un tube à drainage et en parfait état. Vers le 15 novembre, il rentre à la clinique, on supprime le drain, il ne reste plus qu'une cavité dans laquelle on introduit le doigt et qui paraît avoir le volume d'un œuf. Le malade retourne chez lui, il revient absolument guéri le 1er décembre. Cependant les digestions sont encore pénibles, et il ne reprend pas vite les forces. Le 8 janvier 1900, il revient me voir absolument transformé; la guérison est complète et parfaite. Localement, pas la moindre fistule, et au point de vue de l'état général, le malade va aussi bien que possible; plus de teinte terreuse, plus de faiblesse; il a repris de l'embonpoint; enfin il digère tous les aliments.

Le Dr Houdoux vient de m'en donner d'excellentes nouvelles le 10 février 1900.

Sur le traitement des fractures.

M. Paul Reynier. — Messieurs, la communication que nous a faite M. Tuffier sur les fractures est évidemment très intéressante; il est venu, par des radiographies, nous montrer que les fragments osseux dans les fractures sont rarement bien exactement coaptés. Mais il en a tiré des conclusions sur la nécessité d'un traitement nouveau que je voudrais discuter ici, car elles me paraissent un peu trop absolues, et il donne à ces radiographies une importance, qu'elles ne me semblent pas avoir autant qu'il le croit.

Je ne suis pas non plus de l'avis de M. Lucas-Championnière, qui considère que les examens radiographiques, loin d'être un progrès, peuvent plutôt nous être nuisibles, et que leur interprétation donne lieu à de trop nombreuses erreurs.

Dans ce que nous disent nos collègues, il y a certes une part de vérité; mais il ne faut pas prendre à la lettre, je crois, tout ce que, sous l'influence de la déception, que leur a donnée l'examen radiographique, au pointde vue de la correction absolue des fractures, ils ont été entraînés à nous dire.

Il y a longtemps qu'on sait, même avant l'examen radiographique, que la correction absolue est très difficile à obtenir et, en somme, fort rare; pour mon compte personnel, ce qui m'aurait surpris, c'est que la radiographie nous montrât cette correction. Les chirurgiens ne l'ont jamais cherchée. Lisez vos traités classiques et vous verrez que, quand on réduit une fracture, on ne cherche pas à mettre exactement les fragments bout à bout, mais à les mettre en bonne position; ce qui n'est pas la même chose.

Mettre en bonne position, cela veut dire mettre les fragments dans l'axe; faire que, pour les fractures de jambe par exemple, la verticale tombe normalement; et j'ai eu le soin déjà de bien

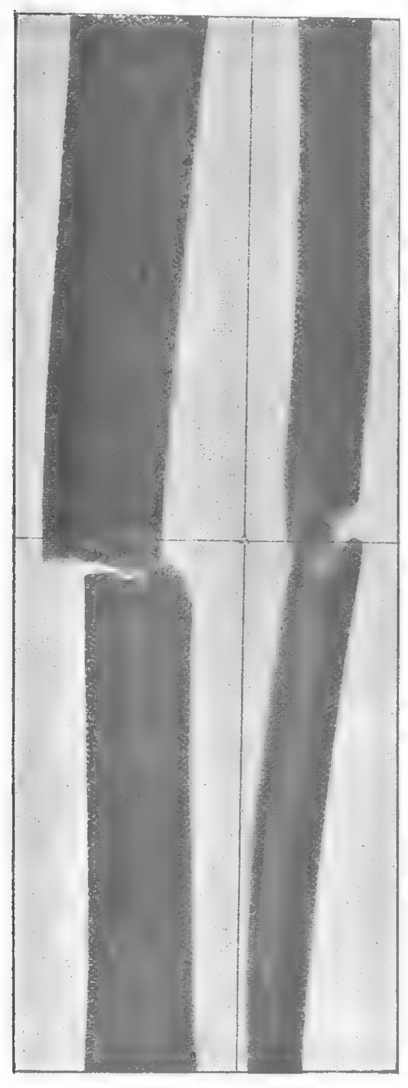


Figure 5

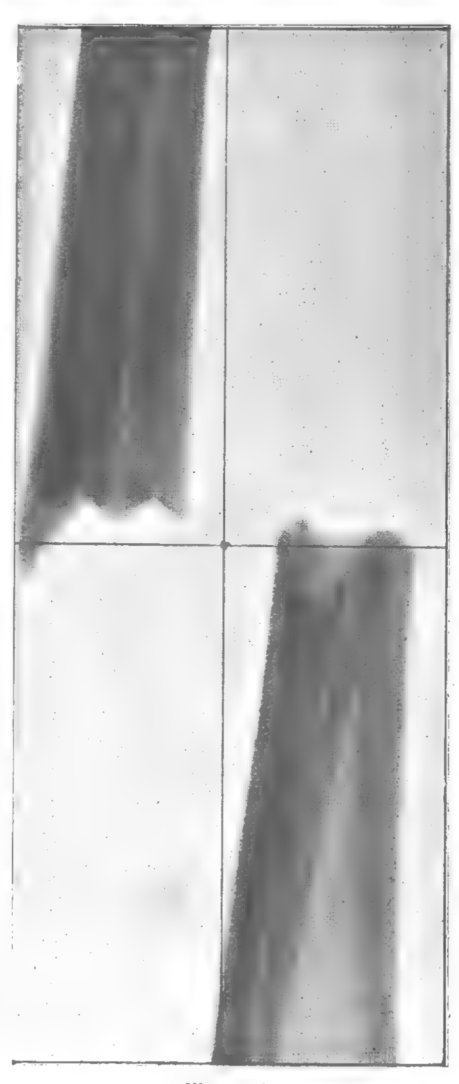


Figure 6

insister sur ce fait. Dans la réduction des cals vicieux, quand j'ai parlé des ostéotomies, j'ai dit qu'il s'agissait surtout de mettre les fragments dans une position telle que l'axe de la jambe, prolongé, tombât exactement sur le milieu de l'astragale, et, continué,

sur le pied, arrivât sur la partie externe du deuxième orteil. En donnant ce précepte, je ne m'occupais donc pas de savoir si mes fragments étaient bien exactement coaptés.

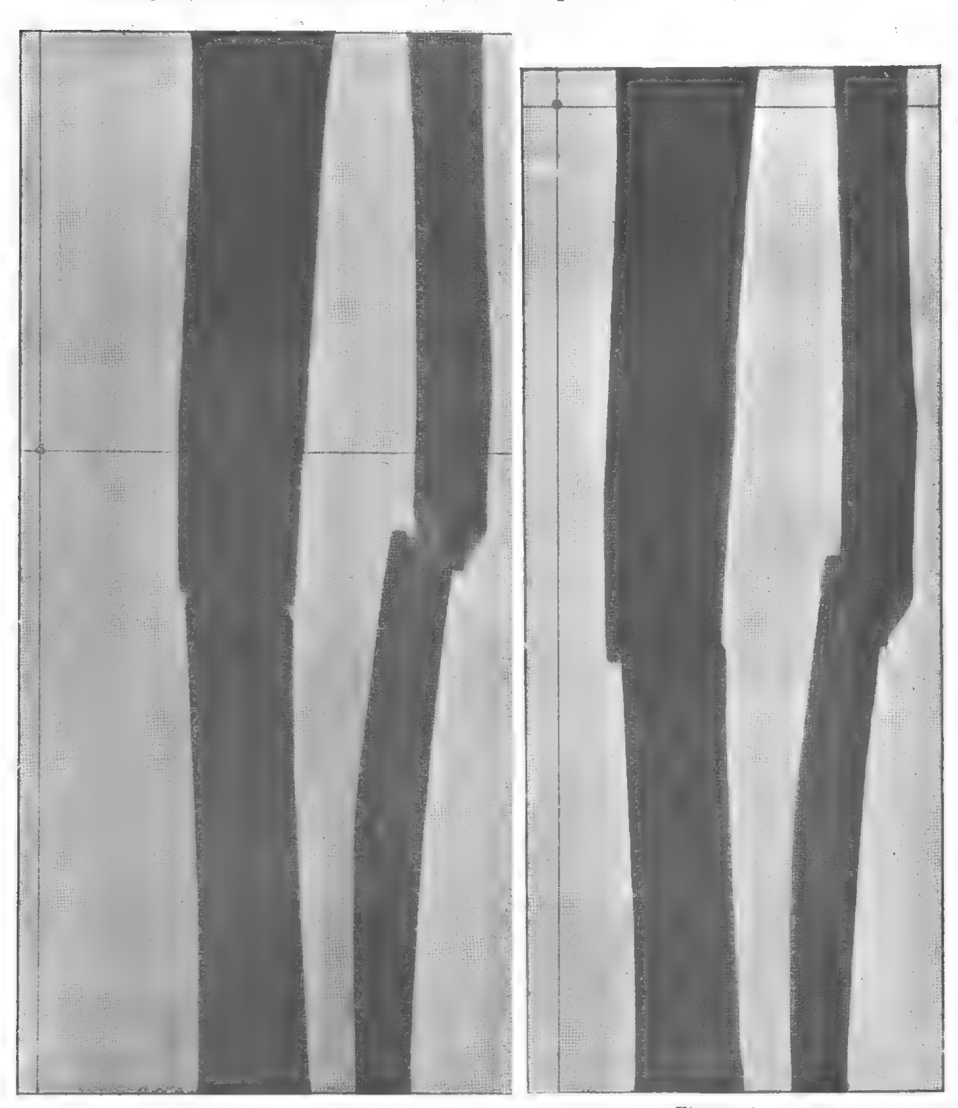


Figure 1

Figure 2

Aussi, peu m'importe que des clients mécontents viennent me montrer des radiographies où les fragments chevauchent; je n'aurai pas de peine, et je n'ai pas eu de peine, à leur démontrer que s'ils marchent sans boiter, sans souffrir, peu doit leur importer

la forme, à moins qu'elle ne soit disgracieuse ou gênante par la pointe d'un fragment, du moment qu'ils ont la fonction?

Je ne me préoccupe donc pas beaucoup de la mauvaise humeur

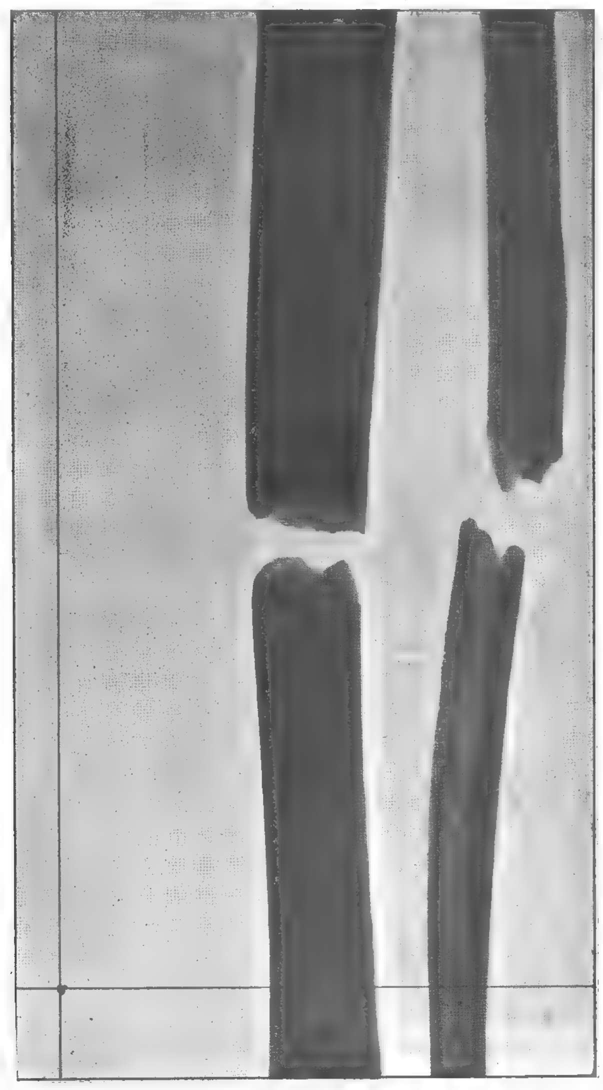


Figure 3

que peuvent donner certains exemples radiographiques à des clients grincheux, et je vois les service considérables que la radiographie est susceptible de nous rendre. Grâce à elle, nous pouvons reconnaître des fractures qui étaient autrefois méconnues.

M. Tuffier nous en donne la preuve en nous montrant d'anciennes arthrites traumatiques, qui sont dues à des arrachements osseux.

J'ai dans mon service un laboratoire de radiographie, qui, de-



Figure 7

puis deux ans, sous la direction de M. Le Gentil, fonctionne régulièrement. Je pourrais apporter, comme M. Tuffier, de nombreuses radiographies, montrant des arrachements là où, autrefois, on aurait pu penser à de simples entorses sans lésions osseuses.

La radiographie nous donne encore la possibilité de corriger certaines fractures, dont la réduction, à l'œil nu, paraissait bien faite et qui cependant était insuffisante. Aussi, n'est-ce pas seulement avant ou après la réduction faite, mais pendant l'immobilisation même, que je fais faire la radiographie. Les laboratoires annexés, comme le mien, aux services, sont, dans ces cas, très utiles.

Je ne suis donc pas disposé à trop critiquer, comme le fait M. Lucas-Championnière, ces radiographies. C'est un moyen d'examen utile, ce n'est pas un moyen parfait. La radiographie a besoin d'être interprétée, et si elle nous paraît défectueuse à l'heure actuelle, c'est parce que nous ne sommes pas encore familiarisés avec ces épreuves radiographiques. Pour cet examen par la radiographie, nous sommes comme des débutants de chirurgie, qui ne savent pas encore toutes les ressources que peut leur donner le toucher. Il faut une certaine habitude pour que cette étude devienne un élément de diagnostic considérable.

De même pour la radiographie, il faut une certaine expérience que nous ne pourrons acquérir qu'avec le temps, pour pouvoir apprécier justement les services qu'elle nous rendra.

Vous pourrez d'ailleurs en juger, en regardant ces photographies que je dois à l'obligeance de mon ami M. Contremoulins, le distingué radiographe de l'hôpital Necker; il a fixé des os fracturés dans du plâtre, de manière à conserver immuables leurs positions réciproques; il a ensuite radiographié ces os, en variant la position du foyer lumineux, du tube de Crookes, tout en le plaçant toujours à la même distance de la plaque (50 centim.); le croisé des traits qu'on voit sur la photographie indique la normale du tube à la plaque.

Tantôt le tube est placé directement au-dessus des os et au niveau de la fracture (fig. 5 et 6); mais dans un cas (fig. 5), les os sont pris de face, de l'autre, de côté (fig. 6).

Tantôt le tube est placé de face, mais la normale tombe sur un point quelconque de la plaque, point indiqué par le croisement des lignes (fig. 1, 2 et 3).

La figure 7 est obtenue, le foyer lumineux placé obliquement par rapport aux os et à la plaque, comme cela se produit beaucoup trop souvent quand on fait une radiophotographie en ville, le malade étant dans son lit.

Or, vous pouvez voir que suivant la position du foyer lumineux, nous avons des images radiophotographiques absolument différentes. Ces images ne sont en effet que des projections, des ombres, dont le déplacement du foyer lumineux fera varier la position et la forme.

Si on vous donne donc une photographie sans vous dire dans quelle position, sous quel angle, on a fait cette photographie, celle-ci ne peut vous être utile, ni vous renseigner ; mais c'est là une photographie mal faite, telle qu'il peut en sortir de certaines officines radiophotographiques, quelquefois annexes de grands bazars où on essaye de vendre de tout, même de la science à bon marché.

Toutefois, si les mauvaises photographies ne servent à rien, il n'en sera pas de même d'une bonne, dans laquelle on aura pris le soin de bien placer son foyer lumineux et surtout si on nous donne l'indication de tous les points de repérage pour la source lumineuse et la manière dont la photographie a été prise. C'est ce que les photographies de M. Contremoulins démontrent surabondamment.

J'arrive maintenant à parler d'un autre côté de la question.

De toutes ces radiographies, de tout ce qui sort de cette discussion, il semble qu'à l'heure actuelle nos fractures ne sont pas bien réduites.

M. Lucas-Championnière en conclut que c'est parce qu'on les immobilise trop. M. Tuffier, nous dit qu'il va nous donner un procédé pour les immobiliser un peu mieux. Je ne crois pas que nos fractures soient si mal réduites, je l'ai dit plus haut.

Cependant je reconnais, non pas d'après les radiophotographies, mais d'après le nombre toujours croissant des cals vicieux, que j'ai été obligé d'ostéotomiser, que bien des fractures sont mal consolidées. Cette mauvaise consolidation tient-elle à nos appareils modernes, comme on semblerait le croire ? Je ne le pense pas, il y a d'autres causes beaucoup plus simples, et qu'il faut peut-être avoir le courage de dire ici. Les progrès de l'antisepsie ont nui aux fractures. Lorsqu'on opérait moins, les chirurgiens s'occupaient plus de leurs fractures et c'étaient les chefs de service qui coaptaient les fragments. A l'heure actuelle, c'est l'interne, quand ce n'est pas un externe ou un stagiaire, qui se charge de la réduction. Le membre mis ainsi dans un plâtre est laissé pendant trente à trente-cinq jours, et quand on retire l'appareil, le chirurgien peut avec ou sans radiographie voir les fragments mal coaptés. Les radiographes nous rendront peut-être service en attirant notre attention sur la nécessité de ne pas négliger autant les fractures. Et ne serait-ce qu'à cause de cela, je trouverais encore que la radiographie nous est utile.

M. E. Kirmisson. — La discussion qui s'est élevée à propos de l'intervention de la radiographie dans l'appréciation du traitement des fractures devait fatalement se produire. La cause en est dans l'interprétation inexacte que l'on a faite des résultats de la radio-

graphie. On a trop oublié que la radiographie ne nous fournit pas d'images vraies, mais seulement des ombres dont les dimensions varient singulièrement suivant l'éloignement et la direction de la source lumineuse. Et si je prends la parole dans cette discussion, c'est pour relater une expérience que le hasard vient de réaliser dans mon service. J'avais prié mon chef de laboratoire de faire la radiographie du bassin d'un petit garçon de six ans pour contrôler les résultats de la réduction d'une luxation de la hanche que j'avais pratiquée chez lui. Or, à la suite de l'opération, le membre avait été immobilisé dans un appareil plâtré, à la partie antérieure duquel avait été incorporée, suivant mon habitude, une attelle métallique. J'avais oublié cette circonstance; or, l'attelle forme sur l'épreuve radiographique une large plaque qui masque complètement l'articulation de la hanche. L'ombre formée sur la plaque par l'attelle métallique mesure à sa partie supérieure 5 centimètres et demi de largeur, et, à sa partie inférieure, 5 centimètres, tandis que l'attelle elle-même ne mesure que 2 centimètres et demi de largeur. Voilà donc un cas dans lequel on se ferait une idée singulièrement fausse des dimensions du corps étranger, si l'on en jugeait seulement par les résultats de l'épreuve radiographique que je vous soumets en ce moment. De tels exemples sont bien propres à nous démontrer les erreurs auxquelles on s'expose en appréciant l'état anatomique d'une fracture par la seule radiographie.

Une autre circonstance que l'on a oubliée et qu'il est indispensable de rappeler ici, c'est que la perfection de la forme n'est nullement nécessaire au bon fonctionnement du membre après la guérison d'une fracture. Le fait est connu de tous les chirurgiens et il l'était bien avant la découverte de la radiographie. Sans doute le rétablissement parfait de la forme et des fonctions du membre est l'idéal, dont nous devons nous rapprocher le plus possible; mais cet idéal est loin d'être toujours atteint, et cela sans qu'il en résulte pour les malades un inconvénient réel.

Nous ne devons donc pas nous préoccuper outre mesure de l'intervention de la radiographie dans les questions de médecine légale. Pour avoir le droit de poursuivre un chirurgien devant les tribunaux, il ne suffit pas qu'un malade récalcitrant puisse exhiber une radiographie qui démontre un certain déplacement des fragments. Si d'ailleurs le chirurgien lui a rendu un membre puissant, un membre dont la direction générale et la longueur soient sensiblement les mêmes que celles du côté opposé, nous n'hésitons pas à dire que le malade a été bien traité et que ses réclamations sont mal fondées. C'est donc l'examen clinique du malade, et non la radiographie, qui, seul, permettra de trancher le différend.

M. Félizet. — Je crois qu'il serait très bon qu'on priât M. Reynier de reproduire ses dessins dans nos Bulletins. La méthode que notre collègue a employée est véritablement scientifique. On a vu comment la radiographie d'une fracture immobilisée par un appareil plâtré dans une attitude fixe peut donner, suivant la position du foyer lumineux, des ombres variant à l'infini et des résultats contradictoires.

Nous devons retenir, de la communication de M. Reynier, le caractère absolument rigoureux de cette méthode, grâce à laquelle une fracture, incorporée dans un moule de plâtre, peut être révélée, analysée et étudiée, dans des conditions de précision que ne pourrait jamais donner la radiographie d'un membre endolori, chez un malade difficile à déplacer et impatient. Il s'agit là, vous le voyez, d'une méthode ayant une importance considérable au point de vue médico-légal.

M. Bazy. — Je voudrais faire une simple remarque : il faudrait reproduire les épreuves radiographiques elles-mêmes.

La proposition de M. Félizet est adoptée par la Société.

Présentation de malades.

M. Schwartz présente un malade atteint d'une *tumeur pulsatile de la région fronto-pariétale médiane*, et demande l'avis de la Société au point de vue de l'opportunité d'une intervention.

M. Guinard. — Le malade a été dans mon service avant d'être dans celui de M. Schwartz. Je l'avais examiné avec soin et avais demandé à M. Gérard Marchant de le lui envoyer. Je pensais à une tumeur extra-cranienne, mais la croyais en communication avec les sinus. En effet, en la réduisant on n'observait pas de vertiges, il en a seulement s'il se baisse. J'étais disposé à l'opérer, mais il a quitté le service.

M. Delagenière. — En 1893, j'ai opéré un cas analogue. C'était un sarcome angiolithique des méninges. L'observation a été publiée dans les *Archives provinciales de chirurgie ;* la tumeur récidiva dix-huit mois après l'opération, je l'opérai de nouveau en réséquant largement les méninges; il guérit, mais succomba quatre ans plus tard à une affection intercurrente.

M. Berger. — Je n'ai pu réduire complètement, il faut dire que je n'ai pas insisté. Mais si la réduction est complète; il est impossible d'admettre une véritable tumeur intra-cranienne.

M. Guinard. — Lorsque j'ai vu le malade, la réduction était absolue.

M. Schwartz. — Les troubles cérébraux qui n'existaient pas lorsque M. Guinard a observé le malade, se produisent aujourd'hui quand on insiste pour produire la réduction. D'autre part, la réduction est manifestement incomplète. Il y a en effet dans la tumeur une partie solide qui n'est pas réductible, je me suis arrêté au diagnostique de sarcome télangiectasique.

J'ai compulsé un certain nombre d'observations de ce genre et j'ai noté plusieurs cas de mort sur la table d'opérations. Croyez-vous que nous soyons autorisé dans ces conditions à tenter une opération chez ce malade ?

M. Delagenière. — Il s'agissait dans mon cas d'une tumeur absolument semblable à celle-ci ; l'opération a cependant pu être menée à bien, et si j'ai eu une récidive après ma première intervention, c'est parce que je n'avais pas réséqué la dure-mère dans une étendue suffisante.

M. Potherat. — J'ai assisté autrefois Gilette au cours d'une opération dans un cas de ce genre. C'était un sarcome très vasculaire. Je n'ai jamais vu pareille hémorragie. On n'a pu parvenir à l'arrêter que par un tamponnement et une compression énergique ; deux jours après, en changeant le pansement, nouvelle hémorragie, qui fut encore arrêtée par la compression. La malade ne tarda pas à succomber par suite de l'évolution de nouvelles masses néoplasiques.

M. Berger. — Pour conclure, au point de vue des indications opératoires, je dirai que je suis d'avis de n'opérer que si le malade dûment prévenu des éventualités possibles, consent à l'opération.

M. Legueu présente une jeune fille à laquelle il a pratiqué la *néphrectomie avec uretérectomie totale* pour tuberculose. Le résultat immédiat est très favorable : la malade a engraissé de sept livres en six semaines.

M. Legueu présente un petit garçon de dix ans sur lequel il a pratiqué le *cathétérisme rétrogade* et la *suture de l'urètre* pour une rupture complète et totale. L'opération date actuellement de neuf mois : l'urètre ne présente comme traces de l'opération qu'une simple bride circulaire, que franchit une bougie n° 16.

Pneumotomie pour ectasies bronchiques multiples.

M. Tuffier. — Je vous présente un malade chez lequel j'ai pratiqué, en novembre dernier, une pneumotomie pour ectasies bronchiques multiples. Cet homme, âgé de vingt-neuf ans, s'était toujours bien porté jusqu'en février 1899. A cette époque il fut pris d'une angine qui dura quinze jours, puis brusquement, quinze jours après la guérison de son angine, d'un point de côté violent au niveau du mamelon droit avec quintes de toux, vomissements, expectoration grisâtre abondante, fièvre. Il entre aussitôt à l'hôpital où on le soigne pendant six semaines et d'où il sort en apparence guéri. Il est obligé d'y rentrer en juin à la suite d'une hémoptysie assez abondante. M. Muselier, qui l'a reçu dans son service, le soigne et l'observe pendant deux mois. Il finit par porter le diagnostic de *pleurésie interlobaire probable* et m'adresse le malade pour que j intervienne chirurgicalement. J'ajouterai qu'en août ce dernier a eu une vomique et que depuis ce moment il crache environ 3/4 de litre de pus par jour. A son arrivée dans mon service, il me semble tellement cachectique que je décide d'attendre, pour l'opérer, que son état général soit remonté. D'ailleurs les signes physiques sont assez peu accusés et ne me permettent pas de localiser les lésions. Je renvoie donc le malade chez lui avec un traitement. Il me revient le 23 novembre en déclarant que depuis quinze jours il va moins bien qu'auparavant : la toux a augmenté, l'expectoration également, les crachats, plus abondants le matin, sont fétides. Néanmoins l'état général est meilleur; le malade a engraissé. A l'inspection, le thorax ne présente rien d'anormal. La percussion permet de limiter à droite et en arrière, entre la colonne vertébrale et la ligne axillaire postérieure d'une part, entre une ligne horizontale passant par la 5e vertèbre dorsale et une autre horizontale passant par la 9e vertèbre dorsale d'autre part, une zone de submatité ou l'auscultation révèle une diminution très notable du murmure vésiculaire, des frottements dont le maximum se trouve au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate; il n'y a ni égophonie ni pectoriloquie aphone. Malgré des examens répétés, on n'a jamais pu percevoir de signes cavitaires (gargouillements, souffle amphorique, etc.). La radiographie n'est pas d'accord avec les signes stéthoscopiques pour la localisation du siège des lésions : elle semble les localiser plus bas vers la base du poumon.

Néanmoins à l'opération, qui eut lieu le 28 novembre 1899, je me guidai sur les indications stéthoscopiques et je pratiquai une incision parrallèle à la 8e côte. Après avoir réséqué cette côte,

je ne trouvai rien. Je réséquai alors la 9e côte et, dans la région d'ombre maxima indiquée par la radiographie, je trouvai une plèvre adhérente et un poumon sclérosé, dur. J'incisai le tissu pulmonaire au point où il me parut offrir le plus de consistance et je tombai ainsi, à une profondeur d'un peu plus d'un centimètre, sur une petite cavité irrégulière du volume d'une noix. Aussitôt le malade, qu'on n'avait pas mis, avec intention, en état de narcose parfaite, évacua par la bouche des crachats purulents mélangés de sang. Le doigt introduit dans l'incision me permit de constater que j'avais ouvert une bronche et que la première cavité se continuait avec une série de dilatations ampullaires plus petites. J'avais donc à faire à des *ectasies bronchiques multiples.* Je drainai avec des mèches et je refermai partiellement la plaie cutanée avec quelques points de suture. Les suites opératoires n'ont rien présenté de particulier. Je signalerai cependant un œdème du bras droit survenu vers le dixième jour, œdème blanc, sans traînées de lymphangite, sans chaleur du membre, et qui disparut au bout de trois semaines. Au 1er février le trajet était à peu près fermé, ne mesurant plus que 2 centimètres environ de profondeur. Le malade n'avait plus de fièvre, ne toussait plus ni ne crachait. A l'auscultation, il y avait encore une légère diminution du murmure vésiculaire, à la percussion une légère submatité; la radiographie indiquait une zone beaucoup plus claire au niveau du siège des anciennes lésions. J'envoyai le malade à Vincennes d'où il m'est revenu ces jours derniers avec une plaie complètement fermée, ainsi que vous pouvez en juger par vous-mêmes. La guérison sera je l'espère définitive s'il peut éviter, surtout dans les premiers temps, toute réinfection nouvelle de ses bronches.

M. Walther. — Il y a deux points intéressants dans la présentation de M. Tuffier. C'est d'abord le siège de la cavité pulmonaire. Je dois dire que jusqu'à présent, dans la plupart des pneumotomies que j'ai pratiquées, la cavité ne siégeait pas au point correspondant aux signes stéthoscopiques; je puis citer, à ce point de vue, le cas d'un malade opéré à Saint-Antoine, voilà six ou sept ans, et chez lequel l'auscultation pratiquée par M. Letulle indiquait un foyer inférieur. Or, pour le découvrir, j'ai dû remonter jusqu'à l'omoplate.

En second lieu, il est parfaitement exact que le malade de M. Tuffier est aujourd'hui guéri, mais je ferai remarquer que j'ai rapporté au Congrès de chirurgie, il y a quelques années, l'observation d'une jeune fille guérie, elle aussi, depuis un an; or, cette malade n'a pas tardé à recommencer à tousser, puis à cracher du pus. Une fistule s'est reproduite et cette fistule conduit dans une

grosse bronche s'ouvrant directement à la peau. Cette fistule s'est fermée quelquefois, mais elle s'est rouverte chaque fois que la malade s'enrhumait. J'ai dû la maintenir ouverte ; le trajet est complètement épidermisé aujourd'hui et la malade vit dans de bonnes conditions. Je fais donc les plus grandes réserves au point de vue de la durée de la guérison chez le malade de M. Tuffier.

M. Pierre Delbet. — Je voudrais d'abord dire un mot de la localisation stéthoscopique des lésions pulmonaires. Mon ami Tuffier, dans le rapport qu'il a présenté au Congrès de Moscou, a dit, si je me rappelle bien, qu'en général on vise trop bas. A mon avis, cette formule n'est vraie que pour la partie du poumon qui est située au-dessous du hile. Pour celle qui est située au-dessus du hile, on a tendance au contraire à viser trop haut. Je crois en effet que les bruits stéthoscopiques se propagent le long de l'arbre bronchique dans le sens du courant d'air inspiratoire, de telle sorte qu'ils acquièrent leur maximum au delà du point où siège la lésion. Si la cavité est située dans le segment inférieur du poumon, les divers bruits stéthoscopiques acquerront leur plus grande intensité au-dessous d'elle, mais si la caverne siège dans le segment supérieur, c'est au-dessus d'elle que les signes stéthoscopiques atteindront leur maximum ; on sera conduit à penser que la lésion siège plus haut qu'elle n'est en réalité ; on visera non pas trop bas, mais trop haut.

Voilà du moins ce qui résulte de mon expérience personnelle.

Pour les lésions qui siègent au-dessous du hile, je n'insiste pas, car tout le monde admet, je crois, qu'on a tendance, lorsqu'on se fie à l'auscultation, à les localiser trop bas. Je veux seulement citer un fait qui vient à l'appui de ce que je viens de dire pour les lésions haut situées.

J'ai ouvert un foyer de gangrène pulmonaire qui siégeait dans le segment supérieur du poumon. La malade avait été envoyée par le professeur Dieulafoy dans le service de mon maître M. Duplay, que je remplaçais. Cette malade avait été très minutieusement étudiée dans le service de M. Dieulafoy par lui-même, par son chef de clinique, par son interne. Les signes étaient d'ailleurs très faciles à percevoir et leur maximum était très haut, sous la clavicule, entre la première et la seconde côte. Je réséquai quatre centimètres environ de la seconde côte, et c'est en incisant dans le lit de cette côte que je pénétrai dans le poumon : ainsi j'étais légèrement au-dessous du point où les bruits avaient leur maximum, et cependant je pénétrai dans la cavité, non pas par sa partie déclive, mais bien au contraire par son plafond. Il est donc incontestable que dans ce cas du moins les bruits stéthoscopiques

avaient leur maximum au-dessus de la cavité qui les engendrait.

Ceci étant dit sur la localisation des lésions pulmonaires, je voudrais rappeler brièvement une observation qui présente beaucoup d'analogie avec celle que mon ami Walter vient de rapporter.

Il s'agissait d'une dame qui, à la suite d'accidents aigus sur la nature desquels nous n'avons pas pu obtenir de renseignements bien précis, souffrait depuis plusieurs années, huit ans, si je me rappelle bien, d'une expectoration extraordinaire par son abondance. Elle crachait d'une manière presque continue, expectorant par jour plusieurs litres de liquide d'une odeur fade, écœurante. Bien que sa santé générale fût assez bonne, cette infirmité l'obligeait à mener une vie de recluse. Elle ne pouvait sortir de chez elle que munie d'un crachoir énorme qu'elle dissimulait dans un sac.

Mon ami Waquez, qui la soignait, avait fait le diagnostic, que j'avais accepté, de caverne consécutive à une pleurésie interlobaire. Les signes caverneux avaient une grande intensité et tout portait à croire que la cavité était très considérable.

Avant d'opérer, nous demandâmes l'avis de M. le professeur Potain. Celui-ci ne fut pas très chaud pour notre diagnostic. Sans le rejeter, il nous dit « Prenez garde aux dilatations bronchiques. » Vous allez voir combien il avait raison. Cependant il fut d'avis que l'opération était légitime.

Après avoir réséqué une côte sur une étendue de cinq à six centimètres, j'incisai et je trouvai les deux feuillets de la plèvre adhérents par des tractus lamelleux assez lâches. Je me mis en devoir d'inciser le poumon. Je préfère de beaucoup pour cela le bistouri au thermocautère ; d'ailleurs, l'hémorragie n'est pas d'ordinaire considérable. Après avoir traversé 1 cent. 1/2 environ de tissu pulmonaire induré, j'arrivai dans une cavité, mais une cavité minuscule, dont les dimensions étaient à peine celles d'une noix. Explorant avec le doigt, je constatai qu'il s'agissait en effet de dilatations bronchiques et qu'il n'y avait pas une seule grande cavité. J'effondrai quelques cloisons, je mis un gros drain, et je terminai l'opération fort marri, craignant que le résultat de mon intervention ne fût bien insignifiant.

Il fut au contraire merveilleux. L'expectoration diminua immédiatement, et bientôt disparut complètement.

J'avais fait quelques attouchements de la cavité avec du naphtol camphré. Les vapeurs en pénétrant dans les bronches déterminaient des quintes de toux pénibles ; néanmoins ces attouchements m'ont paru donner d'excellents résultats.

Je me proposais d'obtenir, comme mon ami Walter, une fistule

broncho-cutanée permanente, mais je n'ai pas été aussi heureux que lui. J'avais maintenu dans la plaie un gros drain de caoutchouc. La malade faisait enlever, nettoyer et replacer ce drain par sa femme de chambre ; cela faisait partie de sa toilette quotidienne ; elle avait repris sa vie, enchantée de son état et je l'avais perdue de vue depuis plusieurs mois quand elle vint me dire que quelques jours auparavant le drain était tombé et qu'on n'avait pas pu le réintroduire.

J'examinai et constatai à mon grand regret que l'orifice était complètement cicatrisé. Cette cicatrisation était toute récente, l'expectoration n'avait pas reparu ; je ne jugeai pas convenable de rouvrir la plaie.

Pendant quelque temps tout alla bien, puis l'expectoration reparut, augmenta progressivement ; elle n'a pas atteint le taux énorme qu'elle avait avant l'opération, mais elle y serait sans doute revenue si la malade n'avait succombé sur ces entrefaites. Elle a succombé à un abcès du cerveau que j'ai inutilement trépané. Il n'est pas douteux que l'embolie septique qui a produit cet abcès ait eu son origine dans le poumon, car nous savons que les cavernes pleurales et pulmonaires sont fécondes en abcès encéphaliques. Cette triste fin n'a fait qu'augmenter mes regrets, car si j'avais maintenu le drainage des cavités bronchiques, j'aurais peut-être empêché la formation de cet abcès.

M. Bazy. — La formule de M. Delbet est ingénieuse, mais est-elle rigoureusement exacte (1)?

Je ne le crois pas, car il arrive assez souvent que l'on tombe directement dans une cavité dont le siège a été précisé par les signes stéthoscopiques. Cela m'est arrivé chez deux malades, l'un qui m'était adressé par M. Giraudeau, l'autre par M. Fernet, un troisième venant du service de M. Lacombe.

M. Michaux. — Je voudrais faire une remarque au point de vue de la médecine opératoire : J'ai opéré trois malades qui ont vécu un mois, un mois et demi et trois mois. J'ai toujours trouvé des cavités extrêmement petites, donnant lieu à des symptômes de bronchite purulente, tout à fait hors de proportion avec leurs dimensions. Ces cavités sont plongées dans un tissu scléreux,

(1) Je rappelle que lorsque j'ai proposé la pleurotomie exploratrice, c'était à l'occasion d'un cas de gangrène pulmonaire dont le foyer était situé au niveau de l'épine de l'omoplate et dont les foyers stéthoscopiques avaient été trouvés par MM. Millard, Hanot, Féré à la base de la poitrine, si bien qu'on avait cru à une lésion extra-pulmonaire : on avait pensé à la possibilité d'un kyste hydatique du foie ouvert dans les bronches.

et malgré la radiographie et des ponctions très multipliées, il est très difficile de les atteindre; dans tous mes cas, il a fallu fendre largement le poumon. Ces incisions, il est vrai, sont innocentes.

M. Walther. — Je suis d'accord avec M. Delbet : je pense comme lui que les bruits sont rapportés à la périphérie du poumon; par conséquent, les lésions siégeant au-dessus du hile se traduiront par des signes stéthoscopiques propagés vers le haut, tandis que ces mêmes signes se propageront vers la partie inférieure pour les lésions siégeant au-dessous. D'une façon générale, les cavités superficielles pourront être reconnues avec une précision suffisante, mais pour les lésions profondes, il faut compter avec la propagation vers la périphérie des phénomènes d'auscultation, et je crois que le degré de cette propagation dépend surtout de la sclérose pulmonaire ou de la congestion.

M. Michaux vous a parlé de la radioscopie : je dois dire à ce propos, que la radioscopie stéréoscopique peut donner des notions précises sur le siège des lésions dans le sens de la hauteur et de la profondeur.

M. Michaux. — Précisément, dans mon dernier cas, j'ai fait une radioscopie stéréoscopique, et malgré cela, nous n'avons pu, M. Chabaud et moi, déterminer la profondeur exacte des lésions.

M. Tuffier. — Nous discutons en ce moment des faits bien connus et, à part l'explication des erreurs d'auscultation, je ne vois rien de nouveau dans ce qui vient d'être dit. Nous savons que les bruits pulmonaires se propagent d'autant plus facilement, ont une intensité d'autant plus vive qu'ils sont transmis à l'oreille par un tissu plus dense, plus privé d'air. Or les cavités pathologiques du poumon sont entourées de lames de tissu condensé qui n'ont pas forcément une direction perpendiculaire à la paroi, mais se dirigent souvent obliquement, propageant ainsi les bruits dans des sens différents. Comme nous avons une tendance naturelle à localiser le foyer dans un point directement correspondant à celui de la paroi thoracique où notre oreille perçoit le maximum des bruits cavitaires, il s'ensuit que nous attribuons aux lésions un siège souvent fort différent de leur siège réel. Une cavité profonde mais reliée à la paroi par une lame de sclérose, par des adhérences plus ou moins épaisses, nous semblera siéger directement sous la plèvre. De même si une cavité, située tout près de la paroi antérieure, est reliée à la face postérieure ou latérale par une couche de tissu induré, nous aurons naturellement tendance à la localiser près de cette paroi. Dans les nombreuses observa-

tions que j'ai réunies dans mon *Rapport au Congrès de Moscou* « sur la chirurgie du poumon » (1897), et plus récemment dans ma *Communication à la Société Médicale des Hôpitaux* (Séance du 27 janvier 1899), j'ai relevé une quantité d'erreurs de ce genre. C'est la base du poumon qui est le siège d'élection de ces méprises : le sommet, plus limité, y expose moins.

Je me suis expliqué sur la valeur de la *ponction exploratrice* : elle est loin d'offrir la garantie et la sécurité à laquelle on s'attendrait. Sur les 85 cas de mon rapport au Congrès de Moscou, elle est restée impuissante 19 fois, et, dans 12 autres faits il a fallu de 2 à 12 ponctions pour tomber sur le foyer morbide. Dans sa thèse récente (1) mon élève Dutar a montré que les ponctions exploratrices étaient restées négatives dans 22 p. 100 des cas. Les résultats positifs eux-mêmes ne nous renseignent que sur le siège d'un foyer, mais non sur la multiplicité des lésions; aussi voyons-nous un certain nombre de cas où le trocart tomba dans une cavité qui n'était qu'accessoire et laissa méconnue la lésion principale.

Restent la *radioscopie* et la *radiographie*. Dans nombre de cas où le diagnostic était en suspens, où les signes stéthoscopiques ne donnaient pas de résultats appréciables et n'avaient pas permis de localiser exactement le foyer cavitaire, les rayons de Rœntgen l'ont fait apparaître sur l'écran fluorescent. Des collections interlobaires inaccessibles aux modes usuels d'examen ont pu de la sorte être diagnostiquées. Dans un cas d'abcès gangreneux du lobe supérieur du poumon droit, cas dans lequel les signes stéthoscopiques étaient négatifs, je pus, grâce à la radiographie, déceler et ouvrir l'abcès. Je pourrais multiplier les faits de ce genre. Lorsqu'il existe des foyers multiples, l'examen radiographique permet presque toujours de les localiser tous, empêchant ainsi l'attention de l'observateur de s'égarer sur un seul foyer. Il ne faut pas voir cependant, dans l'*examen radioscopique, un moyen diagnostique absolument infaillible*. Dans des cas où l'auscultation rendait indubitable l'existence d'excavations pulmonaires, l'examen radioscopique est resté négatif. Ceci n'a rien d'étonnant, au moins pour les lésions occupant la partie inférieure des poumons au voisinage des organes abdominaux et du cœur : là les poumons sont recouverts par des organes trop épais pour être facilement traversés par les rayons de Rœntgen. Ceux-ci ne nous délimitent d'ailleurs pas exactement le foyer pulmonaire, mais l'étendue de la zone scléreuse péricavitaire. J'accorde que

(1) *Dutar* : Des difficultés du diagnostic dans les lésions pulmonaires, au point de vue du traitement chirurgical. (Thèse, Paris, 1899.)

cela suffit pour guider notre bistouri. Cependant j'espère mieux de la radioscopie et de la radiographie, et qu'un jour, avec le perfectionnement des appareils, nous arriverons à distinguer les moindres différences d'épaisseur des tissus et, par conséquent, à fixer exactement le siège, les limites et peut-être la nature des lésions pulmonaires.

Quant à la guérison de mon malade, j'ai dit que j'espérais qu'elle serait définitive; nous savons tous, en effet, qu'en pareil cas, la fermeture de la fistule bronchique est souvent suivie à brève échéance du retour de l'expectoration et des accès fébriles : M. Waltker vient de nous en rappeler un cas; vous en trouverez d'autres dans la littérature (voy. d'*Azincourt*. Thèse de Paris, 1896, observ. 4, 10, 38). Il n'en est pas moins vrai que quelques opérés se sont trouvés guéris définitivement, et je crois que mon malade a toutes les chances de l'être.

Acné hypertrophique du nez.

M. Routier. — Voici un nouveau cas d'acné hypertrophique du nez, auquel s'ajoutait une tumeur pendante qui dépassait la bouche du malade et le gênait pour manger.

J'ai simplement abrasé au bistouri les parties saillantes, et j'ai touché au thermo les points trop saignants.

Il est guéri presque sans cicatrice, comme c'est la règle, sans qu'il ait été besoin de faire de l'autoplastie.

Présentation de pièces.

Cholécystite calculeuse. Vésicule hypertrophiée.

M. Routier. — Il n'y a pas longtemps, on présentait ici une vésicule biliaire très hypertrophiée, je citais moi-même un cas analogue où la présence de calculs avait amené non l'atrophie, la rétraction de la vésicule selon la loi de Courvoisier, mais, au contraire, son hypertrophie.

Voici un nouveau cas d'hypertrophie de la vésicule liée à la présence de calculs et de phénomènes inflammatoires.

Cette vésicule a 15 centimètres de long sur 9 de large : les parois ont de 4 à 6 millimètres d'épaisseur, le canal cystique est resté filiforme, avec des parois aussi très hypertrophiées.

Tumeur de la rate.

M. ROUTIER. — La tumeur que je vous présente a été enlevée par moi il y a quinze jours, à une jeune femme de trente ans qui, du reste, va très bien.

Cette tumeur, située à gauche, s'est développée aux dépens de la rate, dont elle occupait les deux tiers inférieurs. J'ai dû enlever la rate tout entière, vous en voyez le tiers supérieur qui paraît sain à l'œil nu.

Il y a dix ans que cette jeune femme, alors étudiante en médecine, a vu cette tumeur apparaître. Il y a six ans que je la suivais. La santé était parfaite, une grossesse normale a été menée à terme il y quatorze mois.

Depuis six mois, la tumeur augmentait, c'est ce qui m'a décidé à intervenir.

Je vous donnerai plus tard, avec l'examen histologique, l'observation complète.

Cette tumeur pèse 2 kil. 700, et a 0 m. 50 de circonférence dans un sens et 0 m. 56 dans l'autre.

Présentation d'un appendice.

M. POTHERAT. — Je vous présente un appendice que j'ai enlevé le 17 février dernier à un homme de trente-sept ans, aujourd'hui guéri.

Cet homme avait eu trois attaques; la première en juin 1879. Celle-ci avait été légère ; elle avait duré vingt-quatre heures seulement et n'avait été marquée que par des coliques et quelques vomissements. Une deuxième crise, survenue en novembre, fut plus violente et dura trois à quatre jours; la dernière enfin apparut en janvier dernier; elle fut assez intense pour inspirer pendant deux jours des craintes très vives; l'intervention n'avait pas été conseillée ni proposée.

Cette fois, le malade ne se remit pas complètement, il continua à souffrir, dut garder le lit presque tout le temps, perdit l'appétit et se mit à maigrir. C'est sur ces entrefaites qu'il eut l'occasion de consulter un de mes élèves, le docteur Robert (de Gennevilliers), qui me l'adressa pour être opéré.

L'opération fut simple; par l'incision faite en dedans de

l'épine iliaque antéro-supérieure, je tombai de suite sur l'appendice couché en avant et en dehors du cæcum contre la fosse iliaque. Il était libre sur la plus grande partie de sa longueur; mais il était uni au grand épiploon par un collier d'adhérences fixées sur une étendue de 1 centimètre environ et à 1 centimètre et demi de l'extrémité cæcale.

Le calibre était curieux; au point où adhérait l'épiploon, le calibre était réduit sur une longueur de 1 centimètre au calibre d'une plume de corbeau; au delà il était du volume d'un fort doigt, épais, fluctuant et en forme de massue. Le contenu en était abondant et puriforme.

Cette rétraction d'une partie de la longueur de l'appendice transformait le reste de l'organe en un véritable vase clos. Comme dans les faits de mon collègue et ami Walther, je pense que cette rétraction était la conséquence d'une processus pathologique antérieur. Ce qui donne à cette opinion toutes les apparences de la véracité, c'est l'existence en ce point, et en ce point seulement, des adhérences avec le grand épiploon. C'est la première fois, au milieu d'un très grand nombre d'appendices enlevés, que j'observe cette rétraction de l'appendice.

Canule à lavement extraite de la vessie d'une femme.

M. Bazy. — La canule que je présente a été extraite le 23 février dernier de la vessie d'une femme de vingt-sept ans environ, qui l'avait introduite dans son urètre, croyant l'introduire dans l'anus (*sic*).

Cet accident (! ?) était survenu la veille, vers 3 heures.

Elle avait essayé de l'extraire avec le doigt, mais n'avait pas pu (je rapporte les propos de cette femme).

J'étais en train de faire des examens cystoscopiques; j'en profite pour regarder le corps étranger au cystoscope, et je le vois et le fais voir, placé transversalement, l'extrémité tournée du côté gauche.

C'est avec peine que je peux maintenir un peu de liquide dans la vessie pour faire la cystoscopie.

Aussi ne puis-je en faire garder pour faire l'extraction.

Celle-ci se fait, grâce à la dilatation de l'urètre, datant évidemment de longtemps, au moyen d'une pince à pansements utérins.

Pour cela, je saisis le corps étranger avec la pince et, au moyen d'un doigt introduit dans le vagin, je repousse peu à peu vers le

côté droit le corps étranger, de façon à permettre à la pince de saisir ce corps par son extrémité terminale. Extraction facile; je fais un lavage à l'eau boriquée et je recommande à la malade de revenir se faire laver la vessie.

Elle n'est pas revenue, craignant sans doute les questions indiscrètes.

Le Secrétaire annuel,

AD. JALAGUIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 7 MARS 1900

Présidence de M. RICHELOT.



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. FELIZET, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Une lettre de M. BAZY, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

A propos de la correspondance.

M. POTHERAT dépose sur le bureau un travail de M. Cl. L. DUPRAZ (de Genève), intitulé : *Hygroma de la bourse séreuse du psoas dû à la présence de corps libres consécutifs à une fracture ancienne du fémur.*

Ce travail est renvoyé à une Commission : M. POTHERAT, rapporteur.

Communications

Des troubles digestifs dans l'appendicite chronique.
Rôle de l'infection et des épiploïtes.

M. Walther. — Au cours de la discussion actuellement ouverte, plusieurs exemples ont été rapportés d'adénites péri-appendiculaires et d'adhérences épiploïques. Ces lésions sont assez fréquemment observées au cours ou à la suite de l'appendicite aiguë. Elles peuvent l'être aussi dans l'appendicite chronique et c'est sur cette forme seule que je vous demande la permission de retenir un instant votre attention.

A propos d'une présentation de pièce d'appendicite chronique, mon ami M. Jalaguier a dit que, contrairement à l'opinion que j'avais émise sur la nécessité de réséquer largement l'épiploon adhérent, il se contentait, en pareil cas, d'enlever l'appendice et qu'il avait toujours vu disparaître les troubles dyspeptiques. Je ne puis accepter absolument sa manière de voir. Bien que je pense que dans nombre de cas, l'ablation de l'appendice puisse en effet suffire, il me paraît certain que des adhérences épiploïques étendues peuvent entraîner par elles-mêmes des troubles sérieux. La question mérite d'être discutée, puisque cette divergence d'opinions entraîne une indication opératoire différente.

L'appendicite chronique, et surtout l'appendicite chronique d'emblée, est caractérisée avant tout par des troubles digestifs. Or, ces troubles digestifs me semblent devoir être attribués à plusieurs causes :

A. — La première, de beaucoup la plus importante, celle qui domine toute l'histoire symptomatique de la maladie, c'est l'infection entretenue par l'évolution de la folliculite, infection qui se propage directement à l'intestin, infection qui se propage aussi par la voie lymphatique et qui se traduit cliniquement par des troubles digestifs variés, l'intolérance de certains aliments, et surtout, par cette teinte terreuse de la face si caractéristique, par de petites poussées de congestion hépatique, par la perte des forces, etc.

Après les crises d'appendicite aiguë, les exemples d'infection lymphatique sont bien connus. Ils le sont moins, je crois, dans l'appendicite chronique d'emblée. Aussi puis-je me permettre de vous rapporter très brièvement un cas soigneusement observé et qui me semble comporter un réel intérêt.

Une femme de trente-neuf ans, très nerveuse, très intelligente, surmenée par un travail intellectuel excessif, souffrait depuis l'âge

de vingt-quatre ans de troubles digestifs, douleurs épigastriques, sensations de brûlure, perte d'appétit, etc. Elle fut soignée pour une dilatation de l'estomac et sous l'influence d'un régime alimentaire approprié, les accidents s'amendèrent sans disparaître complètement.

Mariée à trente et un ans, elle eut un enfant bien portant.

A trente-cinq ans, à la suite de contrariétés, perte du sommeil, douleurs de tête très violentes, quelques crises de nerfs sans perte de connaissance, mais surtout état nerveux très accentué avec surexcitation cérébrale continuelle ; on la traita par les douches, les toniques, la viande crue.

Les troubles digestifs s'accentuèrent encore pendant cette crise et s'accompagnèrent de douleurs au moment de la digestion, douleurs épigastriques, douleurs abdominales, tantôt diffuses, tantôt prédominant à droite, parfois même dans la fosse iliaque.

C'est dans ces conditions que je vis la malade et je fus tout d'abord frappé par son teint terreux très accentué, par une intolérance pour certains aliments, pour la viande rouge notamment, par un maximum de douleur à la pression dans la région cæcale, avec un retentissement très net au creux épigastrique.

Après une observation prolongée plus d'un mois, je n'hésitai pas à attribuer à l'appendicite chronique tous ces troubles jusque-là mis sur le compte de l'état nerveux grave.

J'opérai cette malade dans mon service le 25 juillet 1899. Je trouvai un appendice long de 11 centimètres et demi, coudé par des brides péritonéales; dans le méso, tout contre l'appendice, un ganglion du volume d'un gros pois. L'appendice présentait à la coupe un piqueté hémorragique très abondant à sa partie moyenne et une folliculite en pleine évolution, sans aucune ulcération de la muqueuse.

Mais, c'est là le fait sur lequel j'appelle votre attention, le contenu de l'appendice, examiné par mon collègue M. Widal, contenait du coli-bacille et du streptocoque et une parcelle prise au centre ramolli du ganglion, cultivée sur gélose, a donné du coli-bacille, et sur bouillon du coli-bacille et du streptocoque.

Je dois ajouter que j'ai revu il y a quelque temps cette malade ; bien qu'elle soit toujours aussi nerveuse, elle digère bien, n'a plus de douleurs de ventre et a repris des forces.

Voilà donc un fait bien probant d'infection ganglionnaire par le coli-bacille et par le streptocoque au cours d'une folliculite chronique d'emblée dont l'évolution régulière n'a jamais été coupée par aucune crise aiguë.

B. — Dans un certain nombre de cas, les troubles digestifs ne paraissent pas devoir être rapportés à l'infection, mais bien à la

persistance des douleurs, aux tiraillements exercés par la tumeur appendiculaire. Je veux parler des cas rares où l'appendice est complètement transformé en un kyste à liquide clair. Ici la cavité est absolument close à la base même de l'appendice. Je vous ai apporté l'an dernier, à la séance du 15 mars, un exemple de cette transformation kystique; l'appendice, clos à sa base était énorme, sa circonférence mesurait 9 centimètres. La malade souffrait de crises de douleurs très vives, dans l'intervalle desquelles elle gardait toujours une sensation de pesanteur, de tiraillement très pénible dans la fosse iliaque. Les troubles digestifs étaient très marqués, l'amaigrissement considérable. Peu de temps après l'ablation de l'appendice, les troubles digestifs avaient complètement disparu et l'embonpoint revint rapidement.

C. — J'arrive au troisième groupe de faits caractérisés par l'existence d'adhérences épiploïques qui me semblent jouer, dans nombre de cas, un rôle fort important.

Ces adhérences épiploïques ne sont pas rares. Depuis deux ans, j'ai noté tous les faits d'adhérences que j'ai pu observer et voici la proportion que je trouve dans mes observations personnelles.

Depuis le 1er janvier 1898 jusqu'aujourd'hui 7 mars 1900, j'ai opéré 103 appendicites. Mais sur ces 103 cas, 20 ont été opérés à chaud, soit pour péritonite diffuse, soit pour péritonite suppurée enkystée; je n'ai donc pas à m'en occuper ici. Il reste 83 cas opérés à froid. Sur ces 83 cas, j'ai trouvé 18 fois des adhérences épiploïques plus ou moins étendues.

Le plus souvent, c'est sur le cæcum et le côlon ascendant que j'ai rencontré ces adhérences.

Voici du reste une nomenclature par organe :

1°	Adhérences	au cæcum et au côlon ascendant seuls. .	11 fois.
2°	—	à la paroi abdominale et au côlon	4 —
3°	—	à la paroi abdominale seule.	2 —
4°	—	à l'appendice	3 —
5°	—	à l'intestin grêle.	2 —
6°	—	à l'utérus et à l'ovaire	2 —
7°	—	à la vessie.	1 —

Ce qui frappe tout d'abord, c'est la rareté de l'adhérence de l'épiploon à l'appendice lui-même. Dans les 3 cas que j'ai observés, l'épiploon s'attachait en même temps à l'appendice et au côlon et une fois à la paroi abdominale.

De même, je n'ai jamais rencontré l'adhérence isolée à l'intestin grêle. Dans les deux cas que je signale plus haut, les adhérences s'étendaient au côlon ascendant et une fois à la paroi abdominale.

Dans un travail que j'ai présenté en 1898 au Congrès de

Chirurgie, j'avais divisé les sept observations que j'avais jusqu'alors pu recueillir en quatre groupes :

1° Adhérences épiploïques anciennes; appendicite chronique;

2° Adhérences épiploïques anciennes, crise récente d'appendicite aiguë ;

3° Appendicite à répétition, adhérences épiploïques récentes. Poussées d'épiploïte simulant des crises d'appendicite.

4° Crise d'appendicite récente. Adhérences épiploïques récentes.

Je serais très mal venu à reprendre ici toute cette étude qui a été complétée par mon ami et ancien interne M. Levrey dans sa thèse inaugurale (*Du rôle de l'épiploïte aiguë ou chronique au cours des appendicites*, 1899), et aussi par un récent et très intéressant travail de notre collègue M. Letulle qui a examiné toutes les pièces que je lui avais envoyées et en a donné la description dans les Bulletins de la Société anatomique.

Les seuls points sur lesquels je veuille insister ici, c'est que :

1° Des poussées d'épiploïte peuvent se reproduire dans ces adhérences et cela après que l'appendice est sclérosé, que l'appendicite est éteinte, ou même que l'appendice a été enlevé. J'ai observé, il y a quatre ans, chez un homme à qui j'avais enlevé, quelques mois auparavant, l'appendice à la suite d'une crise aiguë, sans toucher à l'épiploon adhérent, une poussée d'épiploïte simulant absolument une crise subaiguë de périappendicite et il existe un petit nombre d'observations analogues.

2° Les adhérences anciennes, avec transformation fibreuse de l'épiploon, peuvent se développer, aussi bien au cours de l'évolution de l'appendicite chronique d'emblée, qu'après des crises aiguës de périappendicite.

Or, ces vieilles adhérences provoquent des tiraillements et des coudures de l'intestin. Ce que j'ai observé le plus souvent, c'est l'exagération de la coudure de l'angle droit du côlon. Le côlon transverse peut être maintenu solidement par un épiploon rétracté et comme sclérosé contre le côlon ascendant. Dans deux cas, j'ai vu l'estomac tiraillé par cette rétraction de l'épiploon adhérant au cæcum et au côlon ascendant, au point que la grande courbure apparaissait sous la lèvre interne de l'incision iliaque. Dans ces deux cas, les signes de dilatation de l'estomac qui avaient été constatés avant l'opération disparurent et les fonctions digestives redevinrent normales.

Il me semble évident que, dans tous ces cas, une part des troubles digestifs peut être rapportée à la coudure de l'intestin, à la gêne mécanique qu'entraînent ces adhérences, en même temps qu'aux douleurs qu'elles provoquent.

Si donc l'ablation de l'appendice seul suffit à faire disparaître

les causes d'infection qui, je le répète, tiennent évidemment le premier rang dans la pathogénie des troubles dyspeptiques, je crois qu'il n'est pas inutile d'enlever du même coup tout l'épiploon lorsqu'il est adhérent, pour éviter ces accidents tardifs de l'épiploïte chronique avec rétraction. Il est bien probable du reste que ce petit désaccord entre mon ami M. Jalaguier et moi tient à ce qu'il opère surtout des enfants, tandis que c'est toujours chez des sujets d'un certain âge, après la longue évolution d'une vieille appendicite, que j'ai rencontré ces lésions.

Note sur un cas de fistule urétro-vésico-vaginale opérée et guérie par le procédé du dédoublement,

par M. RICARD.

Je n'ai pas l'intention d'ouvrir à nouveau une discussion sur la valeur du procédé « par dédoublement » dans la cure des fistules vésico-vaginales. La discussion qui a eu lieu à la Société de chirurgie lors de ma dernière communication a suffisamment établi la supériorité de ce procédé sur le procédé américain.

Je veux aujourd'hui me borner à la lecture d'une seule observation, pour prouver que le procédé est applicable à des cas fort complexes :

C... (Marie), domestique, âgée de vingt et un ans, entra le 19 septembre, salle Gosselin, n° 35, dans mon service, à l'hôpital Saint-Louis.

En 1895, la malade est accouchée d'un enfant mort et macéré. L'accouchement fut laborieux et nécessita une application de forceps. Depuis, la malade n'a cessé de perdre la totalité de ses urines par le vagin.

D'après les renseignements qu'elle nous fournit, elle fut trois fois opérée par l'un de nos collègues, le 2 décembre 1898, le 8 février 1899, et le 12 mars 1899. Elle quitta l'hôpital sans être améliorée.

Elle entre dans notre service le 19 septembre pour une crise douloureuse dans la région de la fosse iliaque droite. On porte le diagnostic d'appendicite. Sa crise se calme rapidement.

Malgré le peu d'entrain de la malade à subir une nouvelle opération pour sa fistule vésico-vaginale, on la décide à une quatrième intervention.

L'examen local donne les renseignements suivants : la partie supérieure et interne des cuisses est le siège d'un érythème intense avec excoriations nombreuses. La vulve est épaissie, lardacée, ouverte en entonnoir et laisse voir un vagin court,

rigide, avec des brides et des saillies cicatricielles. Le toucher mène directement sur un utérus fixé au fond du canal vaginal, son col est largement béant, et admet facilement la pulpe du doigt. La lèvre antérieure du col a complètement disparu et l'orifice utérin se continue directement avec la paroi vaginale antérieure. Sur cette paroi, à mi-chemin du méat et de l'orifice utérin, caché sous un repli transversal cicatriciel se trouve l'orifice de la fistule, il admet facilement l'extrémité du pouce, son pourtour est ovalaire, à grand diamètre transversal. Le doigt explore la vessie et fait reconnaître qu'elle est réduite à la capacité d'une coque de noix. Sa muqueuse saigne facilement.

Une sonde introduite par l'urètre sort directement par la partie inférieure de la fistule. De sorte, que, l'examen démontre facilement que la fistule est constituée au dépens du bas-fond et du col de la vessie, et qu'elle sépare complètement le réservoir vésical du conduit urétral.

Inutile de répéter que la fistule siégeait au milieu d'un tissu dense, d'aspect fibroïde, inextensible, ne rappelant en rien l'aspect de la muqueuse vaginale.

Il existait en même temps une vaginite et une métrite intenses, que les pansements les plus méthodiques ne purent faire disparaître complètement avant l'opération.

Le 7 octobre, après éthérisation, lavage et brossage soignés du vagin. Deux pinces à fixer étant amarrées sur les deux extrémités du grand diamètre de la fistule, j'agrandis transversalement par une incision, les extrémités de ce diamètre, et je dissèque au bistouri un lambeau supérieur, large de 5 à 6 centimètres et haut de 3 centimètres environ. Le lambeau inférieur est dédoublé sur la même largeur, mais sur une hauteur qui n'excède pas 2 centimètres.

L'orifice muqueux de la fistule est laissé libre, sans suture.

Les deux lambeaux étant bien tendus et bien présentés par leur face cruentée, je les adosse par trois points de suture profonds, au crin de Florence, passant à la base même des lambeaux et suffisamment serrés, mais sans excès. Trois autres points intermédiaires sont placés entre les autres. Lavage de la vessie. Sonde à demeure pendant dix jours.

Le dixième jour, les fils sont enlevés, la réunion est parfaite sur toute l'étendue de la ligne de suture, sauf à l'extrémité droite ou un orifice admettant à peine l'extrémité d'une sonde cannelée, laissait sourdre l'urine surtout dans la position assise.

La malade a des mictions volontaires, est peu mouillée pendant la nuit, mais l'est constamment pendant le jour.

Le 25 novembre, je pratique une opération complémentaire,

suivant le procédé premièrement employé; quatre sutures au fil d'argent.

Tout va bien pendant sept jours. Le 7e, la sonde se bouche, pendant la nuit : la malade éprouve un besoin impérieux d'uriner, qui va en croissant et qui bientôt cesse brusquement. Les urines s'étaient à nouveau écoulées par le vagin.

La sonde est changée et conservée jusqu'au 12e jour. Depuis, l'urine est restée contenue dans la vessie. Les mictions d'abord fréquentes, sont devenues normales et régulières.

Le toucher fait percevoir sur la paroi antérieure du vagin une crête cicatricielle transversale due à la saillie des lambeaux mobilisés.

Mon collègue et ami Launay me communique une observation de large fistule ovalaire, située près du col de l'utérus et consécutive à un accouchement laborieux.

En une seule tentative, notre collègue eut raison de cette fistule, grâce au procédé du dédoublement qu'il appliqua dans toute sa rigueur.

J'ai opéré chez M. Monod, une fistule des plus larges, et qui, je pense, eût été rebelle à tout autre procédé d'occlusion. Dans ce cas aussi, une fistulette est restée, qui a été facilement curable dans une seconde et récente opération.

Le but de ma communication est, non seulement d'appeler à nouveau l'attention des chirurgiens sur le procédé du dédoublement, mais encore de faire connaître certains détails de technique qui m'ont paru avoir quelque utilité.

1° L'asepsie soignée du vagin et de la vessie constitue un temps pré-opératoire indispensable. Malheureusement elle est longue et souvent difficile à obtenir. Le chirurgien doit y donner tous ses soins, non seulement au moment de l'opération, maïs dans les semaines qui précèdent. L'échec d'un des points de suture tient souvent à une infection suppurative venue du vagin.

2° Il est important de tailler largement les lambeaux, de façon à ce qu'ils soient véritablement flottants et que leur adossement soit facile. De là, la nécessité de débrider largement *de chaque côté* de la fistule, il ne faut pas hésiter, si au moment du placement des fils, on rencontre une certaine tension pour l'affrontement, à prendre à nouveau le bistouri et à libérer le lambeau.

De la nécessité de débrider *latéralement* pour assurer la mobilisation facile des lambeaux, il résulte que l'avivement est à peu près aussi grand pour obturer une fistule ordinaire qu'une simple fistulette.

3° Comme autrefois, je recommande de laisser sans suture l'orifice libéré de la muqueuse vésicale, d'utiliser les fils d'argent, de

ne pas les serrer d'une façon excessive et de les laisser une dizaine de jours en place.

Leur surveillance doit être rigoureuse pendant les premiers jours pour veiller à leur infection possible, et essayer d'y remédier.

Le bon fonctionnement de la sonde à demeure est une condition indispensable du succès.

M. Monod. — Je voudrais simplement souligner l'intéressante communication de M. Ricard, à propos de la malade qu'il a bien voulu venir opérer dans mon service.

Il s'agissait, en effet, en ce cas, d'une fistule ou mieux d'une perforation tellement large, que je considérais la malade comme presque inopérable. C'était par conséquent, une occasion favorable pour mettre à l'épreuve le procédé de M. Ricard, applicable, comme il l'a montré, aux plus mauvais cas.

L'opération se fit, je ne dirai pas sans difficulté, mais nécessita toute l'habileté opératoire de notre collègue. Il éprouva particulièrement une certaine peine à libérer la lèvre antérieure de la brêche. Il obtint néanmoins, deux lèvres assez mobiles pour que leurs surfaces sanglantes pussent être affrontées et réunies par cinq ou six fils d'argent ; ceux-ci, je le rappelle, ne passant pas, comme le recommande M. Ricard, dans la muqueuse vésicale.

Le succès ne fut pas complet. La malade, opérée avant les vacances, retourna chez elle, en province, perdant encore ses urines. Elle est revenue me trouver récemment. A l'examen, nous pûmes constater l'existence d'une cicatrice transversale occupant le fond du vagin, et, à première vue, aucun orifice appréciable. Ce fut avec beaucoup de peine et à l'aide d'injections de lait dans la vessie que je parvins à découvrir le point par où l'urine s'échappait de la vessie.

Je crus que ce très petit orifice pourrait se combler par une simple cautérisation au galvano-cautère. Cette intervention eut pour résultat d'agrandir un peu la fistule, mais aussi de la rendre plus accessible. Elle était parfaitement visible, lorsqu'il y a une dizaine de jours, M. Ricard voulut bien revenir à Saint-Antoine achever de guérir son opérée.

Cette seconde opération a eu lieu le 20 février dernier, et conduite de la façon qui vous a été dite. Les fils ont été enlevés avant-hier 5 mars. La malade qui n'avait pas perdu une goutte d'urine pendant toute cette période, n'en a pas perdu depuis l'ablation des fils ; elle peut être considérée comme guérie.

Je suis heureux de le constater ici et de remercier M. Ricard, au nom de ma malade comme au mien, de son très précieux concours.

Prolapsus du rectum chez un adulte opéré par anoplastie combinée à une rectopexie. Guérison maintenue au bout de deux ans,

par M. PAUCHET.

Remis à l'examen d'une commission : M. GÉRARD MARCHANT, rapporteur.

Discussion

Sur le traitement des kystes hydatiques du foie.

M. POIRIER. — Je ne veux pas entrer dans la discussion, je veux simplement citer trois cas de kystes hydatiques du foie, traités par la marsupialisation. Ils ont guéri dans un espace de temps variant d'un mois à six semaines ; c'est dire que la durée du traitement a dépassé de beaucoup le temps nécessaire à la guérison par le procédé du capitonnage. Dans une quatrième observation, j'ai tenté ce capitonnage, mais je suis tombé sur un vieux kyste à parois épaisses et crétacées, et force m'a été de revenir à l'ancien procédé de la marsupialisation.

M. PEYROT. — J'ai pour la première fois, le 19 février dernier, capitonné et fermé avec un remarquable succès un kyste hydatique du petit bassin. Cette observation est intéressante à plus d'un titre : c'est une histoire en deux chapitres, comme vous allez le voir. La malade est d'abord opérée dans le service du professeur Duplay à l'Hôtel-Dieu, par M. Cazin, d'un kyste hydatique du foie rompu dans l'abdomen. Quatre ans plus tard, je l'opère à nouveau, cette fois pour des kystes multiples du grand épiploon et du bassin.

OBS. I (*Première partie,* gracieusement communiquée par M. Cazin). — R... (Lucie), âgée de vingt-trois ans, cartonnière, entrée à l'Hôtel-Dieu le 13 février 1896, dans le service de M. le professeur Duplay, salle Notre-Dame, n° 10.

Depuis deux ans, la malade souffrait de douleurs sourdes dans l'hypocondre droit et la région lombaire du même côté, ainsi que de tiraillements mal localisés dans l'abdomen, avec vomissements fréquents et troubles digestifs. Un an environ avant son entrée à l'hôpital, elle a reconnu elle-même dans l'hypocondre droit, l'existence d'une tuméfaction qui a augmenté progressivement jusqu'à atteindre et dépasser bientôt le niveau de l'ombilic. Elle a consulté un médecin qui a porté le diagnostic de kyste hydatique du foie, mais lui a conseillé de ne pas se faire opérer, en raison de son état général, assez mauvais à cette époque et mis sur le compte de lésions pulmonaires anciennes.

Vers la fin de décembre 1895, la malade a été prise de douleurs abdominales extrêmement violentes, avec vomissements, se répétant

par crises intermittentes, en même temps que la tumeur, qui avait augmenté considérablement de volume, gênait la respiration et tous les mouvements intéressant l'abdomen.

Le 29 janvier, elle ressentit brusquement une sensation de déchirement interne, accompagnée d'une douleur aiguë, et le médecin qui la soignait constata l'affaissement de la tumeur. Le lendemain, éruption d'urticaire, vomissements incessants, douleurs généralisées à tout l'abdomen.

Lorsque la malade entre à l'hôpital le 13 février 1896, elle présente tous les signes d'une péritonite subaiguë avec épanchement. A l'ouverture du ventre, par laparotomie médiane, on trouve, au milieu d'adhérences multiples une vaste poche hydatique rompue dont la cavité remonte jusqu'à la face inférieure du foie. La membrane hydatique est enlevée, et l'on essaye d'isoler la face externe du kyste, mais elle est adhérente de toutes parts aux anses intestinales qui l'entourent; ces adhérences sont résistantes et très vasculaires; une portion de la poche seulement peut être isolée et réséquée, sur une hauteur de 12 à 15 centimètres ; à la périphérie du kyste, la cavité péritonéale présente des cloisonnements multiples qui empêchent toute exploration des flancs et de la partie inférieure de l'abdomen. On termine l'opération par la marsupialisation de la portion du kyste qui n'a pu être séparée des anses intestinales adhérentes et qui forme une poche du volume de deux poings environ.

Suites opératoires normales.

Le volume de la poche marsupialisée diminue progressivement et au commencement de juin il ne reste plus qu'un trajet fistuleux étroit, remontant vers le foie, qui ne tarde pas à s'oblitérer ; mais il existe une éventration au niveau de la cicatrice, et, le 20 juin 1896, on endort à nouveau la malade pour mettre à nu les bords internes des deux muscles grands droits; après ablation de la cicatrice médiane, les deux muscles sont suturés bord à bord, avec le reste de la paroi, en un seul plan, au fil d'argent. La malade sort de l'hôpital le 18 juillet. Depuis cette époque, elle n'a pas été revue.

Obs. I (*Deuxième partie*, observation recueillie à l'hôpital Lariboisière). — Cette jeune malade que M. Cazin perd de vue le 18 juillet 1896 après lui avoir consolidé sa cicatrice, entre dans mon service le 1er février 1900. Disons tout de suite que la longue cicatrice qui se dessine sur son abdomen, du pubis à un travers de main au-dessus de l'ombilic est solide, plane et d'un très bon aspect. Dans les régions sous-ombilicale et hypogastrique, on sent, à la palpation, plusieurs masses plus ou moins profondes. Sur la ligne médiane, l'une d'elles apparaît grosse comme le poing. Au-dessous se sent une résistance diffuse, enfin, profondément, le petit bassin est manifestement rempli par une tumeur arrondie et rénitente. L'utérus est projeté en avant et en haut, comme on s'en assure par le toucher vaginal. Il est clair qu'il s'agit de kystes hydatiques nouveaux. La malade sent ces tumeurs se développer depuis deux ans. Elle commence à en souffrir beaucoup.

Opération le 19 février 1900. Incision médiane moins étendue que

l'incision de la première intervention. A la partie supérieure de l'incision, on entre dans la cavité abdominale et on aperçoit le grand épiploon épaissi, œdémateux, d'un rouge grisâtre. Un kyste gros comme le poing est étalé à sa surface qui touche le bord périphérique du côlon transverse. Le grand épiploon, dans sa partie terminale, adhère fortement à la paroi abdominale et au fond de l'utérus. On le détache sans trop de peine. Il est infiltré dans toute sa partie libre de kystes qui font tous une saillie hémisphérique à sa surface. Il y en a une douzaine dont le volume varie des dimensions d'une pomme à celles d'une noisette.

J'énuclée d'abord le grand kyste, puis je détache toute la partie du grand épiploon qui porte les autres kystes, en rasant de près le côlon transverse. Reste le grand kyste du bassin; on l'aperçoit résistant, rond, d'un blanc brillant derrière l'utérus qu'il refoule. Il emplit tout le petit bassin. Il semble que l'on pourrait l'enlever tout entier avec sa membrane fibreuse si on voulait le décoller patiemment. Je préfère déchirer avec l'ongle cette membrane fibreuse sur l'étendue de quelques centimètres. Aussitôt une grande vésicule fait hernie qui, peu à peu, est amenée tout entière au dehors sans être ouverte. Je puis la recueillir intacte et la faire peser dans cet état; son poids est de 1.400 grammes. Inspectant la face interne de la poche fibreuse qui reste, j'y découvre deux autres hydatides, l'une grosse comme une pomme, l'autre de la dimension d'un petit pois, un peu adhérente à la membrane fibreuse. Ces deux vésicules étaient contenues dans la même enveloppe que la grande mais en dehors d'elle.

J'ai pu, avec une aiguille courbe de Reverdin, passer en tous sens un catgut d'une paroi de la membrane à l'autre et faire disparaître la cavité, que j'ai même fermée par un dernier catgut porté sur l'ouverture froncée.

L'opération avait été un peu longue. L'hémostase n'était pas parfaite. J'ai jugé utile de drainer avec deux gros tubes de caoutchouc que j'ai retirés le second jour. Les suites de l'opération ont été absolument simples, sans élévation notable de la température. Aujourd'hui, la guérison avec réunion par première intention est absolument assurée.

Il s'agit là comme vous le voyez, d'un fait nouveau d'invasion du péritoine abdominal par les hydatides à la suite de la rupture d'un premier kyste. Les cas de ce genre sont loin d'être rares.

Il suffit vraisemblablement pour que la greffe se produise que dans le liquide répandu se trouvent quelques scolex. Les nouveaux parasites semblent se fixer dans les points déclives de l'abdomen : extrémité de l'épiploon, petit bassin, là où la pesanteur les entraîne.

Je rappelle que j'ai noté, après avoir extrait la grande vésicule du petit bassin, que dans la même enveloppe fibreuse se trouvaient enfermées avec elle deux autres vésicules, l'une de la dimension d'une pomme, l'autre toute petite. Il est possible que dans

l'observation que M. Monod nous rapportait l'autre jour, existât la même disposition : M. Monod après avoir extrait entièrement une grande vésicule, ferme la poche fibreuse ; mais au bout de quelque temps celle-ci suppure. se rouvre et donne issue avec le pus à deux nouvelles vésicules hydatiques.

« Or, dit M. Monod, j'étais parvenu à enlever la membrane germinative qui tapissait le kyste, d'une seule pièce sans rupture et avec elle pas traces de vésicules. Le kyste opéré ce jour-là était donc dépourvu de vésicules : celles recueillies lors de l'ouverture ultérieure devaient donc provenir d'une autre poche kystique, distincte de la première bien que très voisine, comme l'événement l'a montré. » Je préfère supposer que dans le cas de M. Monod, le kyste enfermait comme dans le mien, à côté de la grande vésicule, deux autres plus petites qui auront échappé à l'observateur.

Chez la malade dont je rapporte brièvement l'histoire (obs. III), opérée par Guinard dans mon service, les choses doivent s'être passées de même : ouverture par la voie vaginale d'un vaste kyste, extraction d'une énorme vésicule ; après celle-ci viennent un grand nombre de vésicules plus petites qui vraisemblablement étaient extérieures à la première.

Cette inclusion dans la même membrane fibreuse de plusieurs vésicules isolées est bien connue. On l'explique soit par le développement contigu de plusieurs scolex qui, se touchant dès l'origine, agissent sur les tissus environnants comme le ferait un scolex unique, soit par le développement exogène de vésicules filles. Ce serait même dans le péritoine et le grand épiploon que cette prolifération exogène se verrait le plus souvent. Les os auraient le même privilège. Il me paraît donc nécessaire, quand on voudra pratiquer le capitonnage ou la fermeture d'une poche d'hydatides, de s'assurer soigneusement de ce que l'on ne laisse pas en dehors de la grande vésicule quelques petites poches qui pourraient amener une récidive.

On peut se demander aussi si les récidives si communes après les traitements qui ont pour effet de tuer l'hydatide par ponction avec ou sans injection toxique pour l'hydatide, ne se font pas quelquefois dans des hydatides distinctes de la grande vésicule et qui se développent après la mort de celle-ci.

Ceci dit, je ne puis que joindre ma voix au concert d'éloges qui s'est adressé au procédé de notre collègue M. Delbet. Je considère qu'il a réalisé là un progrès considérable et je suis un peu confus de ne pas avoir utilisé plus tôt sa méthode. Je n'ai pas su ou je n'ai pas pu, car il faut convenir que dans bien des cas, la disposition anatomique ne se prêtait pas à l'intervention.

Avec la malade dont je viens de lire l'observation, il a été traité

par mes assistants ou par moi, dans mon service à l'hôpital Lariboisière, pour des kystes hydatiques de l'abdomen, 18 malades (12 femmes et 6 hommes) depuis le 1er janvier 1892. J'ai pris cette date comme point de départ, parce que depuis cette époque, j'ai des notes régulières sur tous mes opérés. Je suis intervenu en ville deux fois pendant la même période : chez une femme de trente-cinq ans et tout récemment chez un homme de cinquante-quatre. J'ai donc en tout 20 opérés.

Notons en passant que dans ce chiffre de 20 sont compris deux kystes du rein (obs. V et XV) et deux kystes multiples du bassin et de l'épiploon (obs. I et IV).

Il y a donc eu, en dehors du dernier cas, le seul où j'aie fermé le kyste, 19 opérés.

Chez 5 de ces malades, la suppuration était ancienne. On avait affaire à de vastes collections purulentes et non à des kystes, à proprement parler.

Chez 2 autres, les hydatides étaient mortes récemment, mais le kyste avait suppuré et la fermeture de la poche n'était pas de mise.

Restaient 12 malades pour lesquels on pouvait penser à cette méthode. Dans quelques cas, le kyste était si ancien que la vésicule mère de l'hydatide, archipleine de vésicules filles, ne pouvait plus se détacher des parois du kyste. Je viens de constater tout récemment chez mon dernier opéré, pour lequel je désirais beaucoup employer la méthode de Delbet, cette disposition que Blanchard décrit fort bien en ces termes : « Quand les vésicules secondaires internes prennent un développement aussi considérable (*il vient de parler d'énormes poches très anciennes*), elles peuvent distendre et dilater la vésicule mère au point de lui enlever toute vitalité; celle-ci entre alors plus ou moins en régression et peut passer inaperçue, adhérente qu'elle est au kyste conjonctif, à moins d'un examen attentif. »

Mais il est bien certain que plusieurs de mes malades auraient pu pourtant être traités par le capitonnage ou la fermeture simple de la poche et je regrette de ne pas l'avoir fait ou fait faire par mes assistants.

Nous n'avons employé que l'ouverture de la poche suivie de l'évacuation des hydatides et du drainage de la cavité. Sauf un cas où des kystes du petit bassin ont été abordés par Guinard au moyen d'une incision portant sur la paroi antérieure du vagin, c'est à travers la paroi abdominale que l'on est allé toujours chercher la tumeur.

J'ai dû une fois, en présence de deux grands kystes distincts, pratiquer une incision antérieure et une postérieure lombaire.

Tous les opérés, au nombre de 14, chez lesquels nous avons

trouvé soit des hydatides vivantes, soit des hydatides mortes avec suppuration récente, ont guéri, à l'exception d'un seul.

Il s'agissait d'une femme de vingt-deux ans, qui opérée le 14 janvier 1891, par Guinard, d'un kyste antéro-supérieur fut opérée à nouveau par moi le 19 avril 1895; il y avait cette fois une poche sous-hépatique à droite. Des accidents septicémiques suraigus l'enlevèrent le lendemain de l'opération et on trouva à l'autopsie un troisième kyste de la face convexe du foie refoulant le diaphragme très haut, un kyste suppuré de la rate et de la tuberculose nette quoique peu avancée aux deux sommets (obs. III).

Les malades ont donc, sauf celle-ci, guéri mais jamais simplement, jamais très vite. Je considère pour ma part comme inévitable après l'ouverture d'un grand kyste hydatique une poussée rapide de fièvre, de malaise, qui atteint quelquefois un degré inquiétant mais qui finit toujours par céder au traitement.

La suppuration qui suit est quelquefois singulièrement longue à se tarir. Elle a duré chez quelques-uns de mes malades, atteints il est vrai de kystes très anciens et très vastes, six mois, un an et près de deux ans. Les soies placées autour de l'orifice pour fixer la poche s'éliminent presque sûrement, mais on s'en débarrasse avant que la guérison soit achevée. Je n'insiste pas sur les fistules biliaires que j'ai observées, mais jamais à un degré trop gênant. La lenteur de la guérison après les accidents du début suffit à me faire apprécier les mérites de la méthode de Delbet. Je me plais donc à répéter que je la trouve infiniment utile et recommandable.

J'ai dit que cinq malades avaient été opérés pour des suppurations plus ou moins anciennes; dans les observations XII et XVII, des cavités plus ou moins vastes, anciennes, de la face convexe du foie sont ouvertes après résection costale, guérison dans les deux cas.

Dans les observations VI, VII, VIII, chez trois femmes, la mort ne put être évitée. La malade de l'observation VIII, arrivée mourante dans le service et opérée d'urgence succomba le jour même. Les deux autres, chez lesquelles Guinard ouvrit d'immenses foyers suppurés de l'abdomen pour lesquels le dignostic d'hydatide suppurée n'avait même pas été porté avant l'intervention succombèrent dans l'hecticité au bout d'environ deux mois, malgré les soins assidus dont elles étaient l'objet.

Voici résumés en quelques lignes les faits qui ont servi de base à cette communication :

1° *Femmes : douze observations.*

Obs. II. — M..., dix-huit ans. Opération, le 17 novembre 1892 (Peyrot). Vaste poche hépatique antéro-supérieure, qui est ouverte à la partie antérieure de l'abdomen, marsupialisée et drainée.

On trouve une deuxième poche inférieure et postérieure qui est à son tour incisée et drainée par la région lombaire. On a excisé en grande partie la poche antérieure.

Malade sort guérie le 8 janvier 1893.

Obs. III. — H... (Marie), femme D..., vingt et un ans. Opération, le 14 janvier 1894 (Guinard).

Kyste de la partie convexe du foie, refoulant l'organe en haut. Ponction, incision, marsurpialisation du kyste. La membrane hydatique est extraite tout entière ; il n'y a pas de vésicules filles. On sent dans la cavité deux saillies très dures, sur la nature desquelles on ne peut s'éclairer.

Sortie de l'hôpital, le 2 mars 1894.

Elle y revient l'année suivante et est opérée le 19 avril 1895 (Peyrot). Poche sous-hépatique à droite, contenant un demi-litre de liquide, très adhérente à l'intestin. Ouverture, fixation des bords, drainage.

L'opérée meurt le lendemain, 20 avril, dans le collapsus.

On trouve à l'autopsie, un troisième kyste de la face convexe du foie, refoulant le diaphragme très haut, du volume d'une tête de fœtus. Le lobe droit du foie était complètement disparu par le fait du développement des trois grands kystes signalés. La rate contenait un kyste suppuré du volume des deux poings. Tuberculose nette aux sommets des deux poumons.

Obs. IV. — Kystes du bassin et de l'épiploon. Opération, le 28 septembre 1896 (Guinard).

P..., trente ans. Pas d'antécédents de kystes hydatiques, si bien que le diagnostic n'est fait qu'au cours de l'opération.

Une tumeur nettement fluctuante occupait tout le petit bassin, refoulait la vessie et l'utérus, distendait le cul-de-sac de Douglas, jusqu'au point d'arriver à 1 centimètre de la vulve. On s'était demandé si l'on avait affaire à un kyste du vagin, à un fibrome ramolli logé dans le Douglas, etc. L'absence de fièvre et de douleur avait fait écarter l'idée d'une suppuration pelvienne.

Incision transversale sur la paroi postérieure du vagin, refoulé comme il a été dit, par la tumeur. On voit s'écouler en abondance le liquide clair comme l'eau de roche caractéristique des kystes hydatiques. Puis on extrait une énorme poche hydatique. Après celle-ci, de nombreuses vésicules filles, de toutes les dimensions, se présentent. A ce moment, le palper abdominal fait découvrir une tumeur indépendante de la première et mobile dans le petit bassin.

Un aide la fixe avec la main appuyée sur l'abdomen, et par l'incision vaginale on va l'ouvrir à son tour. Il s'écoule une sorte de mastic contenant en abondance des débris d'hydatide qu'il faut enlever à la curette, car il n'y a pas trace de liquide. On finit par saisir la poche épaisse qui les renferme et on l'amène au dehors. Quelques pinces hémostatiques sont placées sur l'épiploon auquel adhérait la poche. Grand lavage, drainage à la gaze.

Sort guérie le 21 octobre.

Obs. V. — G..., trente ans. Opérée le 4 février 1897 (Peyrot).

Kyste hydatique du rein droit, diagnostiqué par le frémissement

hydatique qui était parfait. Laparotomie, fixation de la poche à la paroi abdominale antérieure, ouverture. La poche contient à peine quelques cuillerées à café de liquide; elle est complètement remplie d'hydatides très nombreuses, la plupart pleines et arrondies comme des grains de raisins. On extrait aussi à la curette de grands lambeaux épais, opaques, qui semblent être les débris de la vésicule mère. Drainage.

Guérison. Sort le 11 *avril* 1897.

Obs. VI. — C..., femme N..., dix-neuf ans. Opérée le 18 février 1897 (Guinard).

On ouvre une immense poche suppurée qui emplissait en quelque sorte l'abdomen. Les parois en sont indurées.

Six litres de pus infect, d'odeur fécaloïde avec débris d'hydatides. Le diagnostic d'hydatide suppurée n'avait pas été fait à l'avance.

Malgré les soins les plus assidus, des contre-ouvertures lombaire et vaginale, etc., la malade succombe à l'infection putride le 15 avril.

Obs. VII. — R..., femme M..., trente ans. Opération le 24 juin 1898 (Guinard).

Vaste kyste suppuré du foie. Malade apportée mourante dans le service, opérée d'urgence. Succombe le jour même.

Obs. VIII. — H..., quarante ans. Opération le 8 septembre 1898 (Guinard).

Vaste kyste suppuré, occupant tout le côté droit de l'abdomen. Le diagnostic d'hydatide n'a pas été fait. Issue avec le pus de débris d'hydatides. Drainage. Malgré tous les lavages possibles, la malade succombe le 20 octobre à l'infection putride.

Obs. IX. — A..., femme D... P..., trente-huit ans. Opération le 15 novembre 1898 (Peyrot).

Kyste très ancien du foie, diagnostiqué sept ans auparavant par Péan. Ascite énorme. Incision, marsupialisation, drainage. Très grande poche sans vésicules filles.

Longue suppuration; écoulement abondant de bile, sort en bon état le 19 mars 1899, mais n'est complètement guérie que six à huit mois plus tard.

Obs. X. — R... (Marie), vingt-quatre ans. Opération le 18 janvier 1899 (Peyrot).

Incision d'un grand kyste du foie (face antéro-supérieure). — Issue de nombreuses vésicules, va au Vésinet le 3 mars 1899.

Obs. XI. — X..., trente-trois ans. Opération le 16 novembre 1899 (Peyrot).

Vaste poche qui a complètement luxé le foie en bas. On l'aborde sous le bord du thorax. La ponction ne donne rien. Incision, marsupialisation. Issue d'une énorme quantité d'hydatides de toutes les dimensions, les unes flétries, les autres bien vivantes. Après l'opération, accidents fébriles marqués.

La malade sort guérie le 23 février 1900.

Obs. XII. — P..., vingt-sept ans. Opération le 10 décembre 1899 (Souligoux).

Ouverture, après résection de 8 centimètres de la 10e côte, d'un vaste foyer fongueux contenant du pus verdâtre et des débris d'hydatides. La malade est sortie récemment de l'hôpital, guérie.

Obs. XIII. — Mme M..., trente-huit ans. Opération faite dans ma clientèle privée le 28 octobre 1898.

Il s'agit d'un très ancien kyste traité par Trélat, au moyen de la ponction, dix-huit ans auparavant. Le kyste a paru guéri pendant une quinzaine d'années. L'opérée s'est mariée, a eu un enfant actuellement âgé de dix ans. Depuis quelques années, elle souffre dans le foie, a des crises d'ictère. On ne sent pas nettement un kyste, mais un foie bosselé, dur. Incision qui permet de retrouver une grande poche kystique pleine de vésicules filles. Marsupialisation, drainage. La malade n'a été complètement guérie qu'au bout de dix-huit mois.

2° *Hommes : sept observations.*

Obs. XIV. — C... (Antoine), trente-sept ans. Opération le 20 mars 1896 (Guinard).

Tumeur saillante sous le muscle droit. Ponction du kyste qui donne issue à trois litres de liquide bilieux. Suture en collerette, incision de la poche : issue d'une énorme membrane mère ; pas de vésicules filles ; drainage par deux gros tubes.

Sort guéri le 1er juillet 1896.

Obs. XV. — L... (Victor), trente-sept ans. Opération le 4 avril 1896 (Peyrot).

Il s'agit d'un volumineux kyste du rein gauche. Incision sur le bord externe du muscle droit, côté gauche. On voit le côlon transverse et le côlon descendant passer au-devant de la tumeur. Ponction : 1.600 gr. de liquide rosé. Suture de la poche à la paroi abdominale ; ouverture de la poche d'où l'on extrait une énorme vésicule d'hydatide. Gros drain.

Sort guéri le 13 juin 1896.

Obs. XVI. — R. G..., quarante-trois ans. Opération le 9 février 1897 (Peyrot).

Il s'agit d'un ancien kyste du foie, qui aurait été constaté chez le malade déjà au moment où il passait le conseil de revision. Le malade a de la fièvre. Laparotomie médiane ; fixation de la poche ; ouverture large ; issue d'une grande quantité de vésicules, la plupart vidées, flétries, sphacélées ; mais pas de pus.

Le 26 février, ouverture par une incision latérale d'un autre très grand kyste suppuré contenant 4 litres de pus fétide.

Les jours suivants se déclare une pleurésie ; ponction de la plèvre le 12 mars ; aspiration de 1.400 grammes de sérosité rougeâtre.

Le malade sort guéri le 14 avril 1897.

Obs. XVII. — N... (Charles), vingt-six ans. Opération le 13 juin 1897 (Peyrot).

Malade passé dans mon service après avoir séjourné quelque temps dans celui de M. Duguet. Il a eu des vomiques attribuées à un kyste hydatique suppuré du foie qui se serait ouvert dans les bronches. On

trouve encore une cavité à la base du poumon droit, où se font entendre des bruits amphoriques. Résection de côte; section de la plèvre, puis de la lame inférieure adhérente du poumon, puis peut-être du diaphragme. On entre, en effet, dans une cavité qui contient des débris d'hydatides et du pus. Il n'est pas absolument certain que cette cavité siège dans le foie.

Lavages, drainage.

Le malade sort le 6 juillet, en bonne voie de guérison. On le revoit guéri le 25 août. Il a eu, cependant, un abcès dans sa cicatrice et est revenu le faire panser à l'hôpital, le 4 janvier 1897.

Obs. XVIII. — V... (Ernest), vingt-quatre ans. Opération le 27 septembre 1897 (Guinard).

Tumeur de la face supérieure du foie, abordée par la résection de la huitième côte. La plèvre pariétale adhère au diaphragme. Incision; issue de deux litres de liquide purulent vert et d'une grande vésicule qui a les dimensions d'une tête d'adulte. Nombreuses vésicules filles.

Drainage.

Sorti le 15 décembre 1897.

Obs. XIX. — M. G..., soixante et un ans. Opération le 22 avril 1898 (Guinard).

Vieux kyste qui donne à la paroi antérieure du foie un aspect dur, mamelonné. Liquide purulent peu abondant; nombreuses vésicules teintées de bile; fixation, ouverture, drainage.

Sort guéri rapidement, le 24 mai 1898.

Il revient me voir à Lariboisière en mai 1899. Une sorte de plaque calcaire longue et mince s'est développée dans l'épaisseur de sa cicatrice.

Obs. XX. — B..., cinquante-quatre ans.

Ce malade m'est amené par le docteur Peraud, de Buzançais.

On trouve un grand kyste hydatique dans l'abdomen, au-dessous du foie et comme tangent à cet organe. Il a les dimensions d'une tête d'adulte et soulève fortement à droite la paroi abdominale. On peut y sentir le frémissement hydatique. Le kyste est ancien; il date peut-être de vingt ans. A gauche, très loin sous l'hypocondre, vers la rate, autre tumeur fluctuante grosse comme le poing. Le malade souffre et est gêné depuis quelque temps par la tumeur.

Opération le 2 *mars*, à la maison de santé du Dr Barbet, à Neuilly.

Incision à droite sur le grand droit. Le kyste adhère largement à la paroi abdominale. Il est ouvert. Issue de près de trois litres de vésicules de tout volume, presque sans liquide interposé. J'aurais voulu détacher la vésicule mère; mais celle-ci n'est plus reconnaissable. Elle semble éraillée, rompue par places et, là où elle existe, fusionnée avec la membrane fibreuse. Pour diminuer la poche, j'essaie de la détacher des parties avoisinantes auxquelles elle adhère. Par en bas, je la décolle, en effet, sur une certaine étendue de la paroi abdominale et de l'épiploon; mais il ne m'est pas possible de pousser loin ce travail. Je risquerais de déchirer des organes importants, car il me semble que je suis dans l'épiploon gastro-hépatique.

Je ne résèque donc qu'une portion minime de la poche et je suture son ouverture à l'ouverture de la paroi abdominale rétrécie par quelques points de suture. Drainage. Nous ne sommes qu'au sixième jour de l'intervention; mais il ne s'est produit aucun incident fâcheux.

L'opéré est même apyrétique, ce qui est rarement observé chez les opérés de ce genre. Tout me fait espérer que la guérison définitive sera obtenue sans peine.

Au sujet de l'hématocèle rétro-utérine.

M. POTHERAT. — Je ne veux pas revenir sur le traitement chirurgical de l'hématocèle rétro-utérine. Avec mes maîtres, Bouilly, Segond, je suis partisan de la colpotomie dans le cas d'hématocèle pelvienne et de la laparotomie, dans le cas de grossesse extra-utérine en évolution ou récemment rompue.

Mais aussi bien, puisque M. Reynier dans sa communication, a cru devoir me mettre en cause et faire état d'un cas personnel pour montrer que la colpotomie appliquée au traitement de l'hématocèle, expose à l'hémorragie, je tiens à lui dire que l'interprétation qu'il donne à mon cas n'est pas la bonne, et pour le démontrer, il me suffira de rappeler les circonstances essentielles de ce fait (1).

J'avais, chez une jeune femme, reconnu un épanchement sanguin pelvien survenu quelques jours auparavant; l'épanchement au dernier examen m'avait paru ferme, rénitent, non fluctuant, j'en avais conclu que c'était un caillot et je fis la colpotomie. Tout alla bien pendant quelques jours, puis des hémorragies survinrent qui m'obligèrent à faire la laparotomie suivie de l'ablation de la trompe gauche rompue et cause initiale des accidents. Il n'y avait pas de fœtus reconnaissable.

Mais il y avait une circonstance essentielle à laquelle je n'avais pas prêté une suffisante attention; le matin de l'opération, la malade avait eu une syncope que nous avions mise sur le compte de la crainte de l'opération : en réalité, cette syncope était due à une hémorragie nouvelle, de sorte que j'avais appliqué la colpotomie à une hémorragie toute récente et en quelque sorte actuelle, alors qu'en pareil cas, c'est la laparotomie qui s'impose.

De telle sorte que bien loin de porter atteinte à la règle que je rappelais au début, ce cas confirmait absolument cette règle, et c'était à ce point de vue que je l'avais présenté.

Ces faits particuliers, spéciaux, n'infirment en rien la valeur de la colpotomie dans les cas d'hématocèle, et il suffirait de mettre

(1) Société de chirurgie, 22 juin 1898.

en regard tous les cas où cette colpotomie a été suivie de succès pour comprendre tout ce que ces faits particuliers ont d'exceptionnel.

Je répéterai encore qu'ils expliquent et justifient la sage réserve formulée par M. Segond en 1896, réserve qui me paraît reproduire plus exactement la manière de voir de mon maître que la citation faite par M. Reynier et empruntée à l'année 1892 : « ..... il ne faut rien exagérer toutefois, le moindre retour offensif de l'hémorragie peut commander une autre intervention que la colpotomie, il faut tenter la guérison par simple incision vaginale, quitte à changer de tactique immédiatement, ou dans les jours qui suivent. » En effet, la simple incision vaginale est un traumatisme insignifiant, tout à fait négligeable dans le cas *exceptionnel* où une laparotomie consécutive s'imposerait; mais la laparotomie, en raison des suites qu'elle comporte, aussi bien que de son appareil immédiat, a, personne ne le contesterait, une réelle importance.

Rapport.

Plaie de l'estomac et de la rate par balle de revolver. Laparotomie deux heures après l'accident, suture et tamponnement de la rate. Guérison, par M. le Dr Demoulin.

Rapport par M. ROCHARD.

Vous m'avez chargé d'un rapport sur la très intéressante observation de M. Demoulin qui a trait à une plaie pénétrante de l'abdomen. Voici cette observation :

R... (Marguerite), 21 ans, ménagère, entre le 24 avril 1899, à neuf heures et demie du soir, à l'hôpital Boucicaut, service de M. le Dr Gérard Marchant, pour une plaie pénétrante de l'abdomen, par coup de feu.

Il s'agit d'une tentative de suicide. La malade s'est tiré de la main droite, un coup de revolver de gros calibre (8 millimètres, balle conique); elle voulait atteindre la région du cœur, mais elle a visé trop bas et la balle a pénétré dans l'abdomen, immédiatement au-dessous des fausses côtes, exactement sur le bord externe du grand droit du côté gauche.

La tentative de suicide avait eu lieu à neuf heures du soir. La malade habitant tout près de l'hôpital, y était transportée à neuf heures et demie; immédiatement prévenu par le téléphone, j'étais à Boucicaut à dix heures et demie.

Je me trouvai en présence d'une malade pâle, avec refroidissement

des extrémités; la face était recouverte d'une sueur visqueuse. Le pouls faible, irrégulier, était à 132, la température rectale à 36°5.

Quelques instants avant mon arrivée, la malade avait *vomi* un demi-litre environ de sang rouge.

Je constatai au niveau du point indiqué précédemment, l'orifice d'entrée de la balle, noirâtre, brûlé par la poudre, entouré d'une zone bleuâtre, ecchymotique. Il y avait une douleur très vive à la pression dans le flanc gauche; là les muscles étaient contracturés. Toute la moitié droite de l'abdomen était facilement dépressible. Nulle part je ne constatai de matité, la région hépatique n'était pas sonore. Rien d'anormal du côté de la région lombaire gauche, la malade n'avait pas uriné depuis son arrivée à l'hôpital, le cathétérisme de la vessie pratiqué avant l'intervention donna une urine claire. Rien non plus du côté de la plèvre et du poumon gauches.

L'hématémèse, la contracture de la paroi, aux environs de la blessure, ne me laissaient pas de doute sur la pénétration de la balle; mais la malade était dans un état de shock, si prononcé que je pensai à une hémorragie intra-péritonéale abondante.

Dans ces conditions, je décidai d'intervenir et après *anesthésie par l'éther*, je fis la laparotomie à onze heures du soir.

Incision médiane de l'appendice xiphoïde à l'ombilic. La cavité péritonéale ouverte, il s'en écoula une grande quantité de sang (au moins un litre), il était rouge et mélangé de caillots noirâtres. En même temps, l'estomac et le côlon transverse faisaient hernie avec une bonne partie de l'épiploon, recouvert de petits caillots noirs qui y adhéraient. Je réduisis d'abord l'épiploon et le côlon transverse, non atteints par le projectile, et les fis maintenir avec des compresses aseptiques chaudes.

J'examinai l'estomac distendu, et pendant que je l'explorais, j'entendis un sifflement qui m'indiqua que des gaz en sortaient, et presque en même temps, je vis s'écouler du sang noir et un liquide jaunâtre, mélangés d'air, par une perforation de la paroi antérieure du viscère, perforation siégeant, à deux travers de doigt environ, au-dessus de la grande courbure, à l'union du corps de l'estomac avec sa grosse tubérosité, perforation enfin longue de 1 centimètre et demi environ, légèrement oblique de bas en haut et de droite à gauche. Les bords étaient assez nets. Comme il fallait aller vite, je ne fis pas la suture plan par plan, et j'appliquai six points à la soie n° 1, comprenant à la fois la tunique séreuse et la couche musculaire, ils furent suffisants pour arrêter l'hémorragie, assez abondante qui se faisait par les bords de la plaie stomacale. Celle-ci était moins profonde à son extrémité droite qu'à son extrémité gauche; à droite, la muqueuse faisait hernie; à gauche, elle était perforée.

En réduisant l'estomac suturé, je trouvai quelques caillots au niveau de l'épiploon gastro-splénique, et encore un demi-litre de sang rouge dans l'hypocondre et le flanc gauche. Je l'enlevai avec des compresses et je pus voir la rate. Elle avait un volume normal, elle était blessée au niveau de son bord antérieur, à 3 centimètres environ au-dessus de son extrémité inférieure. La plaie splénique était longue de 2 centimètres,

oblique de bas en haut, du bord antérieur vers le bord postérieur, ses bords étaient assez nets, peu dilacérés, légèrement écartés et ils saignaient en nappe, mais abondamment. Je passai dans la lèvre supérieure de la plaie une grosse soie plate (n° 4), en deux points correspondant à ses extrémités, je ramenai les bouts du fil à travers la lèvre inférieure et je serrai doucement. Malgré tout, le tissu splénique se déchirait, et il me sembla que la capsule fibreuse seule retenait le fil.

Le fil noué, l'hémostase, bien que très prononcée, était insuffisante. Je pris alors un paquet de gaze iodoformée et je bourrai énergiquement avec elle la région péri-splénique. L'extrémité du tamponnement fut amenée dans la partie supérieure de l'incision abdominale.

J'ai dit que l'épiploon, sorti au moment de l'ouverture de l'abdomen, était recouvert de petits caillots adhérents. Je l'attirai à l'extérieur, il n'était pas blessé, ne saignait pas, j'enlevai les caillots qui le souillaient. Toilette du péritoine qui contenait encore une certaine quantité de sang; il y en avait jusque dans le petit bassin. Comme il y avait eu un peu de liquide stomacal épanché dans la cavité péritonéale, je mis un gros drain à la partie inférieure de la cavité abdominale.

Suture à trois plans (péritonéal, musculo-aponévrotique, cutané) de la paroi abdominale (soie).

Pendant l'opération, qui a duré trois quarts d'heure, on pratiqua à la malade, dans chaque cuisse, des injections de sérum (quantité injectée : 1 litre 1/2).

Grâce, je crois, à cette précaution et à l'anesthésie par l'éther, la malade n'était pas plus faible après qu'avant l'intervention.

J'ajoute, avant de parler des suites de l'opération, que je n'ai pas rencontré la balle dans la cavité abdominale, et que je n'ai pas cru devoir la rechercher.

La malade n'avait pas pris d'aliments depuis midi (onze heures avant l'intervention), elle avait absorbé seulement un verre d'eau, quelques instants avant de se tirer le coup de revolver.

Dans la nuit qui suivit l'opération, il y eut un peu d'agitation. Nouvelle injection d'un litre de sérum.

Le lendemain 25 avril, à 10 heures du matin, la malade, quoique très faible, était dans un état satisfaisant, température R. 37 degrés, pouls 120.

Le 26 avril, même état ; comme la veille un litre de sérum.

Les jours suivants, pas la moindre réaction péritonéale, la température oscille entre 37°5 et 38 degrés.

J'enlevai le tamponnement péri-splénique le cinquième jour après l'opération, il ne s'écoula qu'un peu de sérosité, je remplaçai la gaze par un drain.

Je substituai au drain de la partie inférieure de la plaie qui, lui aussi, avait donné un peu de sérosité, un tube de caoutchouc de plus petit calibre.

Le neuvième jour après l'opération, j'enlevai les fils et les drains.

Il y a eu un peu de suppuration de la paroi, élimination de quelques fils, mais cela n'a pas lieu de nous surprendre, puisque les bords de la plaie avaient été souillés par le liquide stomacal.

Bref, la malade nous quittait dans d'excellentes conditions, au bout d'un mois, et la cicatrice de la paroi abdominale se présentait dans de bonnes conditions.

La guérison a eu lieu malgré que la malade fût *albuminurique*. Elle l'était devenue pendant une grossesse qui remonte à quinze mois. Il y a encore aujourd'hui 0,40 centigrammes d'albumine par litre d'urine.

Cette malade a guéri, grâce à une intervention précoce. Il est évident qu'elle serait morte si on ne l'avait pas opérée, puisque l'estomac et la rate saignaient encore, abondamment, cette dernière surtout, au moment où la laparotomie a été pratiquée.

Je ne discuterai pas à propos de cette observation la question de la laparotomie dans les plaies de l'abdomen par balles de revolver ; c'est aujourd'hui une question jugée et les abstentionnistes les plus acharnés sont aujourd'hui interventionnistes.

M. Demoulin a donc ouvert immédiatement l'abdomen et il a bien fait. Il est tombé d'abord sur une plaie de l'estomac et l'a suturée, voilà qui est bien.

Quant à la blessure de la rate, j'aurais aimé voir notre collègue des hôpitaux discuter à son propos le trajet de la balle. On peut se demander en effet, si la plaie splénique n'a pas été faite par le projectile après la traversée complète de l'estomac directement en rapport avec le bord antérieur de la rate ; dans ce cas, la paroi postérieure de l'estomac aurait eu une plaie de sortie ; mais je ne chicanerai pas plus longtemps M. Demoulin sur ce point, car il me répondra avec raison qu'il a guéri sa malade.

Les plaies de la rate sont relativement rares et celles par armes à feu sont particulièrement graves, comme le montrent les 48 observations recueillies par Mayer (*Die Wunden der Wilz*, Leipzig, 1878).

Sur ces 48 blessures, 21 étaient dues à des projectiles et 5 fois seulement la rate était seule intéressée. Dans les 16 autres cas, le poumon, le rein, le foie, l'intestin et l'estomac étaient atteints en même temps.

On voit que ce sont des blessures particulièrement sérieuses à cause des complications septiques qu'elles peuvent entraîner et aussi à cause de l'hémorragie considérable à laquelle la plaie splénique peut donner lieu. A ce propos il a été établi (thèse de Vanverts, Paris, 1897, *la Splénectomie*), que lorsque les lésions de la rate étaient très étendues, il fallait l'enlever, la splénectomie n'ayant pas ici la gravité qu'elle présente dans les cas de rate hypertrophique.

Dans l'observation de M. Demoulin, il n'y avait pas à discuter cette intervention puisqu'une simple suture et un bon tamponnement ont suffi pour arrêter l'hémorragie.

Je vous propose, messieurs, d'adresser des remerciements à l'auteur, de publier son observation dans nos Bulletins et de l'inscrire dans un rang très honorable sur la liste des candidats au titre de membre titulaire de notre Société

M. Hartmann. — Il y a quelques années, je me suis trouvé en présence d'un cas analogue à celui dont M. Rochard vient de nous donner l'analyse. Il s'agissait d'une malade qui avait reçu un coup de revolver au niveau de l'hypocondre gauche et que l'on amena à Bichat dans un état grave. Il y avait des symptômes d'hémorragie interne abondante. Deux heures après l'accident, je fis la laparotomie et trouvai la rate perforée de part en part. Je fis la splénectomie. La malade alla d'abord très bien. Au cinquième jour, elle eut brusquement des signes de péritonite par perforation; celle-ci se localisa et au bout de quelques jours, j'ouvris un foyer au kyste et trouvai du liquide stomacal mêlé au pus. Il y avait eu probablement chute tardive d'une escarre. La malade a fini par guérir.

M. Michaux. — Je fus témoin, il y a quatre jours, d'un fait du même genre. Il s'agissait d'un jeune homme qui s'était tiré une balle de revolver, calibre 7 millimètres, au-dessous des fausses côtes gauches. Je fis une large incision exploratrice, guidé par une traînée de poudre nettement marquée dans les tissus. Malgré mes recherches les plus attentives, je ne pus découvrir le moindre orifice de pénétration et comme l'état du malade était très satisfaisant, je ne crus pas devoir faire la laparotomie. Mal m'en prit, car au bout de quatre jours, se montrèrent des hématémèses, puis des phénomènes graves, vomissements, ballonnement du ventre, phénomènes de collapsus. La mort survint le cinquième jour.

Ce cas a pour moi une grande importance pratique; en effet, je m'étais jusqu'ici donné comme règle, en cas de plaie par balle de revolver ayant intéressé la paroi abdominale, de toujours intervenir pour vérifier la perforation. Or, dans le cas que je viens de citer, cette perforation m'a échappé, malgré les recherches les plus minutieuses, j'ai cru à une plaie simple de la paroi abdominale, et cependant la balle avait pénétré et produit de graves lésions découvertes à l'autopsie : deux escarres, antérieure et postérieure, sur l'estomac, double perforation du côlon transverse, et enfin plaie du pancréas. Ce fait malheureux doit donc nous pousser à une intervention complète et radicale dans les cas de plaie de la paroi abdominale par balle de revolver, même quand il s'agit des plus petits projectiles, et que la pénétration ne semble pas exister.

M. Potherat. — Je puis citer un autre fait à l'appui de la doctrine de l'intervention immédiate en pareil cas. Il s'agit d'un jeune télégraphiste observé par moi, en 1891, dans le service de M. Richelot que je remplaçais. Ce jeune homme s'était tiré dans la région épigastrique une balle de revolver de 7 millimètres. Je le vis deux heures après l'accident. Comme l'état général était satisfaisant et que d'après les renseignements qui me furent donnés il n'avait pas vomi de sang, je n'intervins pas immédiatement et je demandai qu'on me fît prévenir à la première alerte. Pendant la nuit, des hématémèses très abondantes se produisirent, on m'envoya chercher et je pratiquai la laparotomie. Une petite plaie de la face antérieure de l'estomac avait intéressé une artériole donnant en jet et laissant couler le sang dans la cavité stomacale. J'en pratiquai la suture, l'examen de la face postérieure de l'estomac ne montra aucune lésion. Les choses allèrent bien pendant trente-six heures, puis, subitement, en s'asseyant dans son lit pour prendre une tasse de lait, le malade eut une syncope mortelle. A l'autopsie, on ne découvrit pas d'autres lésions que celles qui avaient été suturées, j'en conclus que le malade avait succombé à une syncope produite par la perte du sang et je me reprochai de ne pas être intervenu aussitôt après l'accident sans attendre l'hématémèse. Donc, je suis d'avis d'intervenir rapidement par la laparotomie, dans tous les cas de plaie de l'abdomen par balle de revolver.

M. Rochard. — Cette question est aujourd'hui jugée, c'est la laparotomie qu'il faut faire dans tous les cas sans se demander si la balle a pénétré ou non, car l'exploration de la plaie de la paroi est un moyen tout à fait infidèle.

M. Michaux. — Je ne puis accepter ce que vient de dire M. Rochard. Je ne crois pas avoir manqué aux règles de la bonne chirurgie en explorant la paroi : je n'ai pas fait cette exploration avec une sonde ou un stylet; j'ai fait une incision de 10 à 12 centimètres; j'ai suivi une traînée noire qui m'a paru être celle du projectile, elle m'a conduit dans l'épaisseur des muscles, contournant la base de la cage thoracique. Nulle part un examen minutieux de huit ou dix minutes ne m'a permis de voir un orifice péritonéal, si petit qu'il fût. — J'en ai conclu qu'il n'y avait pas eu pénétration; je me suis trompé, et c'est précisément ce qui fait l'intérêt de ce fait.

M. Rochard. — L'exploration minutieuse de M. Michaux n'en démontre pas moins que c'est la laparotomie qu'il faut faire en pareil cas, puisque malgré ses recherches pratiquées à ciel ouvert, il n'a pu découvrir une perforation.

M. Hartmann. — J'appuie ce que vient de dire M. Rochard. J'ai cru moi aussi au début à la valeur de l'exploration de la plaie; eh bien, il m'est arrivé dans plusieurs cas, de méconnaître des plaies pénétrantes et dans un de croire à une pénétration qui n'existait pas, c'est qu'il y a plusieurs plans musculaires dans la paroi abdominale. Ces plans se déplacent les uns sur les autres si bien que les trous faits par la balle aux divers plans ne se correspondent plus et qu'on méconnaît la pénétration. Dans le cas où j'ai cru à une pénétration qui n'existait pas, il s'agissait d'un blessé que j'observais avec Broca. Nous crûmes à la pénétration parce que notre sonde s'enfonçait profondément et nous fîmes la laparotomie; or, l'instrument avait pénétré entre les deux feuillets de la grande faux du péritoine. Aussi actuellement dans tous les cas où il y a doute, je suis d'avis qu'il faut immédiatement ouvrir le ventre afin d'examiner le péritoine par sa face profonde.

M. Reclus. — Le diagnostic est si difficile en pareil cas, que déjà, lors de la discussion qui a eu lieu il y a quelques années à ce sujet, M. Chauvel, interventionniste convaincu, a insisté sur l'utilité de la pratique des chirurgiens étrangers, qui faisaient d'emblée la laparotomie pour savoir si la plaie était pénétrante. Je dois dire que, pour ma part, je me rattache aujourd'hui à cette manière de faire.

M. Michaux. — Au fond, je suis à peu près d'accord avec M. Rochard. En effet, si j'ai cité mon observation, dans laquelle, malgré une incision de 12 centimètres suivant tout le trajet du projectile, j'ai méconnu la perforation, c'est pour nous inciter à pratiquer d'emblée la laparotomie exploratrice en pareil eas.

Présentation de malades.

Pseudo-corps étranger de l'articulation du genou. Arthrotomie. Lipome sous-synovial. Résection. Guérison.

M. Jalaguier. — Le malade que je vous présente a été opéré il y a un peu plus de sept semaines. Voici d'abord l'observation recueillie par mon interne, M. Bonnel.

B... (Émile), quinze ans, entré à l'hôpital des Enfants-Assistés, le 28 décembre 1899.

Commémoratifs. — Jamais de traumatisme notable sur le genou malade.

En août 1899, après un bain froid prolongé, douleurs rhumatismales aiguës avec gonflement douloureux du genou gauche.

État actuel. — L'enfant se plaint de ressentir depuis quelque temps des douleurs très vives dans le genou gauche.

Ces douleurs éclatent brusquement, d'une façon intermittente, et le plus souvent au moment d'un mouvement énergique d'extension de la jambe sur la cuisse.

Souvent, après ces crises, l'articulation reste douloureuse et se remplit de liquide.

Le repos simple calme la souffrance et tout a disparu au bout de quelques jours.

La douleur siège sur le bord interne de la rotule (en demi-cercle).

Exploration. — Intégrité parfaite des mouvements. Un peu d'épaississement de la synoviale, surtout au niveau du cul-de-sac sous-tricipital où elle semble doublée par une petite masse allongée transversalement, et non mobile.

Dans 2 ou 3 explorations successives, on ne put reconnaître la présence d'un corps étranger.

Néanmoins, à cause de la nature des symptômes accusés par le malade, l'arthrotomie est décidée.

Arthrotomie, 15 *janvier* 1900.

Anesthésie chloroformique.

Incision longitudinale, parallèle au bord interne de la rotule, au point précis de la douleur.

Ouverture de l'articulation.

On ne constate rien d'anormal de ce côté, mais l'index introduit dans la cavité synoviale et promené en arrière de la rotule, de dedans en dehors, sent bientôt l'extrémité d'un large repli proéminent et se dirigeant transversalement en dehors.

Pour l'atteindre facilement, seconde incision parallèle au bord externe de la rotule.

Ouverture de la synoviale.

Il est alors aisé de voir et d'explorer un repli de forme prismatique triangulaire à direction transversale, long dans ce sens de 4 à 5 centimètres et faisant dans l'articulation une saillie de 2 centimètres et demi environ.

La base, large, répondait à la capsule et le sommet aminci flottait dans la cavité articulaire juste au niveau de l'interligne et pouvait aisément s'engager entre le condyle fémoral et le plateau du tibia.

Ce repli était formé par la synoviale épaissie soulevée par une masse graisseuse.

Une partie fut réséquée et le reste solidement fixé et pelotonné sur la face interne de la capsule, en dehors du ligament rotulien, au d'anses moyen de catgut.

Ainsi notablement diminué de hauteur et relevé, ce qui restait du repli ne pouvait atteindre l'interligne.

Une seconde masse lipomateuse, arrondie non pédiculée, fut reconnue dans le cul-de-sac sous tricipital. On la laissa en place.

Fermeture de l'articulation. — Surjet au catgut sur la séreuse.

Points séparés sur la peau.

Pansement. — Immobilisation dans une gouttière plâtrée.

Suites opératoires. — Aucune réaction douloureuse ou fébrile.

Le plâtre est enlevé le 14e jour. — Réunion complète.
Atrophie déjà marquée du triceps.
Impotence fonctionnelle du membre.
Un peu d'épanchement dans l'articulation.
Massage, mobilisation progressive.
Retour rapide des fonctions.
Depuis la reprise de la marche, l'enfant n'a plus ressenti la moindre douleur.

Je vous présente ce cas, non seulement à cause de sa rareté, car les lipomes sous-synoviaux ne sont pas communs, que je sache, dans l'enfance et l'adolescence, mais aussi parce que les symptômes observés étaient exactement ceux d'un corps étranger articulaire. Ne pouvant découvrir l'arthrophyte, j'avais pensé, soit à un corps mobile se cachant entre les deux condyles du fémur, soit à un corps pédiculé siégeant au voisinage du ligament adipeux. Cette dernière hypothèse n'était pas éloignée de la vérité. Seulement, en raison du point de départ des phénomènes douloureux, je croyais trouver le corps étranger en dedans de la rotule, alors qu'il était situé en dehors. La double arthrotomie n'a, du reste, que bien peu compliqué l'opération. Le résultat a été excellent; l'enfant exécute aisément tous les mouvements et l'hydarthrose qui s'était abondamment reproduite après la suppression de l'appareil plâtré, a, aujourd'hui, presque complètement disparu.

M. Le Dentu. — Je puis citer un cas analogue. Il s'agit d'un adulte de vingt-cinq à trente ans, qui présentait les symptômes caractéristiques d'un corps étranger du genou. Ne pouvant découvrir ce corps étranger par la palpation la plus minutieuse, je songeai à l'existence d'un repli synovial, pincé entre deux surfaces articulaires. L'arthrotomie démontra l'existence de ce repli, dont je pratiquai la résection partielle. La guérison fut obtenue.

M. Brun. — J'ai observé, tout récemment, un cas analogue à celui dont M. Jalaguier vient de nous entretenir. Il s'agissait d'une jeune fille de dix-huit ans qui, depuis cinq ans, présentait le syndrome clinique classique des corps étrangers du genou. Lorsqu'elle marchait ou courait, elle était brusquement prise d'une douleur violente provoquant une chute et laissant après elle un épanchement articulaire qui se résorbait plus ou moins lentement. Ces phénomènes s'étaient renouvelés déjà une dizaine de fois, lorsque je vis la malade. Le genou contenait alors un peu de liquide. La synoviale était épaissie, surtout au niveau de la partie externe du cul-de-sac supérieur et la pression à ce niveau déter-

minait de la douleur. Je pensai à un corps étranger pédiculé et conseillai l'ouverture large du genou. Je pratiquai cette opération ouvrant largement la jointure par une incision courbe à convexité inférieure. Je pus ainsi facilement explorer tous les points de l'article et je constatai, en haut et en dehors, la présence d'une grosse frange synoviale remplie de graisse et constituant une sorte de lipome intra-articulaire. Cette frange répondait à la synoviale par une base très large. Elle se prolongeait sous l'insertion supérieure du ligament latéral externe. Je pensai que la douleur subite, si souvent ressentie par la malade, pouvait être produite par l'étranglement de la frange synoviale chargée de graisse, par ce ligament. Il me parut, en effet, qu'elle n'avait pas une longueur et une mobilité suffisantes pour venir s'engager entre les condyles et le plateau tibial. Je terminai mon opération par l'excision de toute la portion exubérante de la synoviale et je suturai avec soin et la synoviale et le ligament rotulien et la peau. Le résultat fut excellent et bien que la guérison ne remonte encore qu'à cinq semaines environ, j'espère que mon intervention aura réussi à la mettre à l'abri des accidents douloureux qui auparavant, récidivaient toutes les quinzaines.

M. Tuffier. — J'ai opéré, il y a quelques mois, un malade qui se trouvait dans les mêmes conditions que celui de M. Jalaguier. Je croyais le corps étranger sous-rotulien; la synoviale très épaissie, étant incisée, je ne trouvai rien tout d'abord. Mais en fléchissant le genou, je vis sortir une longue frange synoviale, qui, de la région supérieure de l'articulation, descendait jusqu'au-dessous de la rotule. J'en pratiquai la résection après une simple ligature au catgut. A l'avenir, je me propose, en pareil cas, d'imiter la conduite de M. Jalaguier, et de fixer, comme lui, le pédicule de la frange à la capsule articulaire.

Actinomycose.

M. Thiéry présente un malade atteint d'*actinomycose péri-temporo-maxillaire.*

Balle de revolver dans la cavité orbitaire extraite avec l'appareil de M. Contremoulins.

M. Paul Reynier. — Messieurs, je vous présente un malade, qui nous montre tous les avantages que nous pouvons tirer de la méthode remarquable de M. Contremoulins pour la recherche des

projectiles ; ce malade s'était tiré un coup de revolver dans la région temporale ; la balle avait pénétré dans l'orbite. Quand le malade entra à l'hôpital, il avait une légère exophtalmie, la vision paraissait profondément altérée, le malade ne distinguait que les formes des objets et d'une façon diffuse.

L'examen radiographique, fait par M. Le Gentil, montrait que la balle se trouvait contre la face supérieure de la voûte orbitaire, mais ne me donnait pas la notion de la profondeur. Les jours qui suivirent, la vision revenait un peu, mais restait toujours très confuse. C'est alors que je priai M. Contremoulins d'examiner le malade, et de relever avec son appareil la place de la balle; il vint, après avoir réglé son appareil, m'aider pour l'extraction.

Le trajet du stylet indicateur montrait que la balle devait être profondément située dans l'orbite et, comme l'avait montré la première radiographie, devait se trouver contre la face supérieure. Sectionnant les fibres d'insertion du releveur, je pénétrai dans l'orbite et, me laissant conduire toujours par la direction du stylet de M. Contremoulins, j'arrivai jusqu'à 5 centimètres de profondeur et je finis par trouver la balle dans l'épaisseur de la paroi, faisant saillie du côté de l'orbite et comprimant à ce niveau le nerf optique; j'en fis l'extraction. Vous pouvez voir aujourd'hui que cette opération n'a laissé aucune trace; les mouvements des muscles de la paupière et de l'œil se font normalement. Depuis, sa vision s'est améliorée très notablement. Tous les jours, son champ visuel s'agrandit. Nous pouvons espérer qu'il a eu surtout une contusion du nerf optique avec hémorragie et que, peu à peu, la compression du nerf ayant cessé, la vision pourra se rétablir à peu près complètement.

Présentation de pièces.

Rupture du rein.

M. Ricard. — Le rein que je vous présente a été enlevé chez une femme écrasée par un omnibus; j'intervins au bout de quelques jours, et j'ai trouvé un épanchement sanguin considérable au fond duquel se trouvait le rein. Le rein était écrasé et déchiré. La ligature de la rénale, plongée dans un tissu sclérosé, fut difficile, et je dus laisser une pince à demeure pendant quarante-huit heures. L'opération a été pratiquée il y a cinq jours, et la malade va très bien.

M. Gérard-Marchant. — Notre collègue Ricard est intervenu pour des accidents septiques consécutifs à une déchirure du rein,

et il a pratiqué une néphrectomie secondaire. On peut être appelé à faire une *néphrectomie primitive* dans ces mêmes cas de rupture rénale, lorsque l'hémorragie (*tumeur lombaire*, *hématurie*), par sa persistance, sa durée, sa gravité en un mot menace immédiatement l'existence. Ces cas sont exceptionnels et le Dr Foy, dans sa thèse inaugurale faite sous mon inspiration, en 1895, en a cité plusieurs exemples absolument probants. Lorsque en 1894 (24 mars), je rapportai dans votre Société, une observation de *déchirure du rein avec hémorragie*, ayant nécessité une néphrectomie primitive, M. Tuffier combattit ma manière de faire; aussi, je saisis cette occasion pour affirmer à nouveau, que dans le cas de broiement rénal avec hémorragie grave, menaçante pour l'existence, le seul moyen de sauver la vie du blessé, est d'aller droit au rein, et après l'avoir découvert, isolé, de décider si la lésion est justiciable d'une suture, ou d'une extirpation des fragments du rein. J'ai revu, en janvier dernier, mon opéré de 1894, il vit avec son seul rein et sa santé est parfaite.

M. Reynier. — Je vous ai présenté autrefois un cas, dans lequel j'avais été obligé d'intervenir à cause d'hématuries et de symptômes d'hémorragie interne tellement graves, que le malade était devenu complètement exsangue.

M. Tuffier. — Je suis si bien de l'avis de M. Gérard Marchant, que j'ai présenté, il y a quelques années, l'observation de malades, chez lesquels j'étais intervenu immédiatement. Mais ce que j'ai cherché à établir et ce que je maintiens, c'est que la plupart des malades atteints de contusion du rein avec hématurie voient bientôt les accidents graves du début s'atténuer et guérissent facilement. Je crois donc que, règle générale, il ne faut intervenir que si des phénomènes infectieux viennent à se montrer.

M. Ricard. — Je ne m'attendais pas à soulever ce débat. Ma malade, au moment de son entrée, ne présentait que des hématuries peu inquiétantes, autrement je serais intervenu immédiatement. J'ai attendu; mais, le huitième jour, constatant l'existence d'un épanchement sanguin en voie d'infection, je l'ai ouvert comme je l'aurais fait dans toute autre région. Ayant trouvé le rein gravement lésé, je l'ai enlevé. Cette conduite m'a paru toute naturelle.

Le Secrétaire annuel,
Ad. Jalaguier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 14 MARS 1900

Présidence de M. RICHELOT.



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Un travail de M. LOUIS VÉRON, médecin-major, intitulé : *Deux observations d'appendicite*. — Ce travail est renvoyé à une Commission : M. KIRMISSON, rapporteur.

A propos de la correspondance.

M. ROCHARD offre à la Société un exemplaire du *Manuel de diagnostic chirurgical*, qu'il vient de publier en collaboration avec MM. DUPLAY et DEMOULIN.

M. POTHERAT dépose sur le bureau de la Société un travail de M. DUPRAZ (de Genève), intitulé : *Un nouveau procédé d'extirpation des hémorroïdes*. — Ce travail est renvoyé à une Commission : M. POTHERAT, rapporteur.

M. TERRIER dépose sur le bureau de la Société, de la part de MM. POTAIN, Ch. RICHET et BAUDOUIN, le premier numéro du recueil dont ils viennent d'entreprendre la publication sous le titre de *Bibliographia medica*. — Ce recueil est la continuation de l'*Index medicus* qui ne paraissait plus depuis six mois. Il est publié à peu

près dans les mêmes conditions que l'édition américaine, c'est dire qu'il est rigoureusement international, et qu'il contient les titres de presque tous les travaux de médecine de tous les pays.

Chaque numéro paraît le 15 de chaque mois : il contient la Bibliographie internationale médicale du mois précédent, c'est-à-dire environ quatre à cinq mille indications bibliographiques. Le volume annuel renfermera, en conséquence, de cinquante à soixante mille titres qui seront classés méthodiquement, conformément aux données résumées dans la préface, qui a paru en tête du numéro de janvier 1900. Le *classement méthodique*, pour faciliter les recherches ultérieures, est toujours poussé aussi loin que possible. A la fin de chaque année, une table alphabétique complète par noms d'auteurs sera annexée à une table analytique générale.

Déclaration de vacance.

M. le Président déclare vacante une place de membre titulaire de la Société de Chirurgie. L'élection aura lieu dans un mois.

Nécrologie.

M. Richelot. — Messieurs, j'ai le chagrin de vous annoncer la mort de M. Théodore Berger, le frère de notre collègue Paul Berger. Peut-être aurais-je pu me dispenser d'en rien dire, car il ne s'agit pas d'un chirurgien ; mais il me semble qu'il était presque des nôtres. Pour ceux qui l'ont connu, Théodore Berger était un homme sympathique entre tous ; il appartenait à une famille qui ne compte que d'excellents cœurs et de nobles caractères. Pour ceux qui ne l'ont pas connu, il était le frère d'un camarade pour lequel nous avons tous une estime et une amitié profondes. Je vous en parle comme je parlerais d'un collègue, et je suis sûr de traduire fidèlement votre pensée, en adressant à Paul Berger l'expression de nos plus sincères condoléances et de notre plus affectueuse sympathie.

A l'occasion du procès-verbal.

M. Pierre Delbet. — Je veux seulement résumer en quelques mots une observation qui est presque superposable à celle que notre collègue M. Jalaguier a communiquée dans la précédente séance.

Il s'agissait d'un jeune homme qui présentait les symptômes classiques d'un corps étranger du genou droit : douleurs brusques, syncopales dans certains mouvements, hydarthrose intermittente.

Je fis l'arthrotomie le 15 août 1897, et je fus très surpris de trouver, au lieu du corps étranger habituel, une sorte de frange synoviale extrêmement hypertrophiée. Je l'enlevai après avoir lié le pédicule qui était large et le résultat fut excellent.

J'ai étiqueté cette pièce que je possède encore et que je me propose d'étudier lipome arborescent. Je ne veux pas dire que c'en soit un. Mais l'aspect de cette tumeur a immédiatement éveillé cette comparaison dans mon esprit. C'était, en quelque sorte, une arborescence d'un lipome arborescent, mais cette arborescence était unique.

M. Potherat. — Quelques mots seulement à propos de la très intéressante communication de M. Peyrot, dans la dernière séance. Notre distingué collègue me semble avoir laissé passer une hérésie, tout au moins une erreur zoologique.

A la suite de son observation I, il nous dit : « Il s'agit là d'un fait nouveau d'invasion du péritoine abdominal par les hydatides, à la suite de la rupture d'un premier kyste... Il suffit vraisemblablement pour que la greffe se produise, que dans le liquide répandu, se trouvent quelques scolex. »

Cela revient à dire, que M. Peyrot considère les kystes épiploïques et pelviens qu'il a opérés avec succès, comme développés par greffe, à la suite de la rupture du kyste hydatique du foie opéré antérieurement par M. le Dr Cazin. C'est là, à mon avis, une erreur d'interprétation. Un kyste hydatique ne peut, ni par son liquide, ni par ses vésicules filles, ni par ses scolex, reproduire un kyste hydatique. Celui-ci est un stade intermédiaire dans l'évolution du tænia échinocoque. Le tænia, je le rappelle, atteint son complet développement dans l'intestin du chien. Le ver pond ses œufs, qui contiennent l'embryon hexacanthe. Cet embryon pénètre dans nos tissus, probablement par l'intermédiaire de la veine porte, s'y fixe, et se développe sous forme d'hydatide. Celle-ci produit des vésicules filles, et parfois des scolex. Les

scolex sont le stade avant-dernier, celui qui précède le développement complet du ver, lequel s'achèvera en terrain propre. Mais à aucune de ces phases : œuf, embryon hexacanthe, hydatide, scolex, il ne peut se faire un retour en arrière; donc un scolex ne peut pas produire un kyste hydatique, pas plus qu'un kyste hydatique ne peut reproduire un kyste hydatique.

De telle sorte que, lorsque, chez le même individu, on rencontre, soit dans le même organe, soit dans des organes différents, soit enfin à la surface d'un revêtement séreux, des kystes hydatiques multiples, contemporains ou d'âge différents, il faut considérer ces kystes comme des manifestations multiples d'une invasion ou d'invasions répétées d'embryons hexacanthes, et non comme des greffes empruntées à un premier kyste, par rupture de celui-ci.

C'est dire que la doctrine de l'*auto-infection*, consacrée par Volkmann au VI[e] Congrès des chirurgiens allemands, doctrine reproduite par tous les auteurs à sa suite, et que semble accepter plus haut M. Peyrot, est une doctrine qui repose sur une hérésie zoologique et qui doit être conséquemment rejetée par la pathologie.

Aussi l'ai-je combattue dans ma thèse de 1889, pour me rallier à l'opinion soutenue, à la Société médicale des hôpitaux, en 1888, par le professeur Debove, à savoir : les manifestations multiples à des périodes variées d'évolution, d'une même intoxication parasitaire, ou d'intoxications répétées.

Je ne pouvais, dans ces conditions, laisser passer la communication de M. Peyrot, sans insister sur ce petit point, étranger sans doute au sujet même de la discussion en cours, mais intéressant néanmoins.

M. Ricard. — M. Potherat m'avait déjà fait cette objection à propos d'un cas que j'ai jadis cité ici et qui, pour moi, a la valeur d'une véritable expérience.

Il s'agissait d'une malade opérée par Péan. Celui-ci avait diagnostiqué un fibrome. C'était une erreur, sur laquelle je n'insiste pas, car elle peut se produire ; il s'agissait, en réalité, d'un kyste hydatique qui fut dilacéré et dont le contenu se vida mi-partie par le vagin, mi-partie dans l'abdomen.

Quand elle revint, plus tard, pour se faire opérer, je trouvai son abdomen farci de kystes hydatiques. J'ouvris et je trouvai une pullulation considérable de kystes dans tout le petit bassin, entre les anses intestinales et à la surface de l'épiploon.

Je ne puis que rattacher cette pullulation, au traumatisme opératoire antérieur; quelque opinion que l'on puisse se faire à ce sujet, il est difficile de penser qu'elle eût eu lieu sans cette

dilacération du kyste qui sema une foule de vésicules dans l'abdomen, et l'on est bien forcé de reconnaître qu'il y a eu là une sorte de greffe.

M. Potherat. — Pour que le fait que rapporte M. Ricard ait la valeur qu'il lui attribue, il faudrait qu'il fût bien certain, qu'au moment de l'intervention de Péan, il n'y avait pas de kystes hydatiques, même au début de leur développement, et qu'il n'a pas pu y avoir d'intoxication parasitaire consécutivement à cette intervention.

A propos des ruptures du rein.

M. Schwartz. — J'ai eu l'occasion d'observer, il y a quelques années, un blessé atteint d'hématuries abondantes et d'un énorme hématome de la région lombaire par lésion traumatique du rein.

J'étais prêt à intervenir par l'incision lombaire large, pour arrêter l'hémorragie ; mais avant, je fis faire des injections d'ergotine et de sérum artificiel ; l'épanchement n'augmentant que peu les jours suivants, l'hématurie diminuant, je n'intervins pas et le blessé guérit.

Au bout de quelques semaines il était sur pied, et je l'ai revu guéri encore quelque temps après.

Je crois que dans les accidents primitifs, il ne faut pas trop se hâter, à moins d'y être forcé par leur gravité.

Bien entendu, lors d'infection secondaire, il n'y a pas à hésiter et il faut inciser largement.

Destruction totale de la paroi vésico-urétro-vaginale.

M. Bazy. — A propos de la communication de mon ami Ricard, je dirai que, seule, la méthode de dédoublement peut permettre d'oblitérer les vastes pertes de substance de la cloison vésico-vaginale. A l'appui de cette communication, je citerai un cas déjà ancien, puisqu'il date de 1892. Il s'agit d'une femme qui avait eu, à la suite d'un accouchement malheureux, une destruction totale de la cloison vésico-urétro-vaginale, depuis le museau de tanche dont la lèvre antérieure avait même éte détruite jusqu'au méat, la paroi inférieure de l'urètre ne persistant que sous la forme d'une membrane très mince de 1 centimètre de largeur.

Grâce au dédoublement, j'ai pu combler en une séance cette perte de substance entourée partout de tissu cicatriciel dont une bonne partie adhérait aux branches du pubis.

Toute la suture n'a pas tenu à cette première opération, mais, j'ai, dans des opérations subséquentes, pu fermer complètement cette perte de substance et même faire un *canal urétral* inflexe se recourbant sur la face antérieure du pubis, où on pouvait le comprimer de façon à l'oblitérer et à maintenir l'urine dans la vessie, où elle pouvait séjourner trois heures sans déterminer le besoin d'uriner.

Il est un point sur lequel M. Ricard a insisté, c'est la nécessité d'assurer le bon fonctionnement de la sonde.

J'y insiste aussi à dessein : car l'une des causes de l'insuccès de la première opération, c'est l'incrustation de la sonde par des phosphates.

Aussi, dans tous les cas de fistule vésico-vaginale, je mets les malades au régime lacté, de façon à déterminer une diurèse abondante.

M. Ricard a paru attacher de l'importance aux fils d'argent; j'emploie toujours les crins de Florence, et même, dans un cas assez récent de fistule vésico-vaginale consécutive à une hystérectomie vaginale qui aurait été faite, paraît-il, sept à huit mois auparavant, je me suis servi de catgut, pour éviter d'avoir à enlever des fils à une grande profondeur : car les fistules, qui ont cette origine, ne sont pas abaissables.

Plaie de l'estomac et de l'épiploon gastro-hépatique par balle.

M. Bazy. — Le rapport de mon ami Rochard me donne l'occasion de publier l'observation d'un jeune homme de vingt ans qui s'était tiré une balle de revolver dans le creux épigastrique, à mi-chemin environ entre l'ombilic et le rebord costal, à 2 centimètres environ à gauche de la ligne médiane, une heure et demie environ après le repas.

Je l'ai opéré cinq heures après l'accident.

J'ai trouvé tout d'abord un épanchement sanguin noirâtre que j'ai enlevé, puis une perforation de la paroi antérieure de l'estomac par laquelle se sont échappés des gaz en petite quantité.

J'ai suturé cette perforation et je me suis mis à la recherche d'une autre perforation.

En écartant l'estomac, j'ai trouvé du sang noirâtre, puis du sang rouge, venant, du fond de la plaie, de l'épiploon gastro-hépatique.

J'ai dû mettre deux longs clamps, et, l'hémorragie continuant, j'ai dû faire le tamponnement; j'ai refermé l'abdomen.

J'ai enlevé les pinces le troisième jour et les tampons le quatrième.

Le malade a très bien guéri. Nous avons trouvé la balle dans le dos, à 10 centimètres environ de la ligne médiane, vers le dixième espace intercostal et l'avons enlevée.

L'opération a été faite le 24 avril dernier chez les Frères de Saint-Jean-de-Dieu avec le concours des Drs Savoire et Meunier, avec qui j'avais vu le malade, et de mes internes Estrabaut et Blandin.

Rapport.

Rapport sur un travail de M. le Dr Bouquet (de Boissy-en-Brie), intitulé : *Traitement du mal de Pott et redressement progressif de la gibbosité par le décubitus abdominal prolongé*,

par M. E. KIRMISSON.

Le travail de M. le Dr Bouquet a trait à un enfant de onze ans qui, à l'âge de six ans, avait été atteint d'un mal de Pott lombaire avec abcès par congestion dans la fosse iliaque droite, demeuré fistuleux. L'état général de cet enfant était des plus médiocres, il allait et venait, le tronc incliné à droite et plié en avant. Trois nouveaux abcès se montrèrent, dont l'un au niveau du sacrum, les deux autres sur les parties latérales de la colonne vertébrale, au-dessous de la gibbosité, abcès qui furent traités par l'injection d'éther iodoformé. Le malade fut alors soumis au repos méthodique dans le décubitus dorsal; mais comme celui-ci provoquait de violentes douleurs, M. Bouquet eut l'idée d'immobiliser son malade dans le décubitus ventral, en même temps qu'il faisait l'extension sur les membres inférieurs. La contre-extension s'exerçait au moyen d'un petit corset prenant point d'appui sur la partie supérieure du thorax; en même temps une sangle transversalement dirigée exerçait une pression directe au niveau de la gibbosité.

Le décubitus ventral fut parfaitement toléré, l'enfant pouvait manger et écrire en se servant d'une petite table disposée près de la tête du lit. Il resta dans cette position pendant quatre mois, et quand le décubitus ventral fut supprimé, l'état général était redevenu excellent, l'enfant avait gagné quatre kilos en poids, et surtout la gibbosité s'était complètement redressée.

L'observation de M. Bouquet est donc particulièrement intéressante en ce qu'elle a trait au redressement des gibbosités pottiques. Pour ma part, j'admets parfaitement la possibilité de ce redressement. Je suis tout à fait opposé, il est vrai, au redresse-

ment brusque dont il a été parlé ici; je pense, au contraire, que le redressement lent et progressif pourra, dans bon nombre de cas, être réalisé. Il est en effet dans la déformation du mal de Pott, deux éléments : 1° la destruction plus ou moins étendue du tissu osseux ; 2° la contracture musculaire, qui contribue à exagérer la difformité, tant que le malade reste debout. Si, au contraire, on le soumet à l'immobilisation méthodique, jointe à l'emploi de l'extension continue, on peut supprimer la contracture musculaire et obtenir progressivement le redressement. Quand au décubitus ventral qu'a employé M. Bouquet, c'est un procédé ingénieux, mais qui, certainement, est d'un emploi beaucoup moins facile que le décubitus dorsal et qui restera, je pense, à l'état de procédé d'exception.

Je vous propose Messieurs, de transmettre à M. le Dr Bouquet nos remerciements pour son intéressante communication.

Septicémie suraiguë. Traitement par l'eau oxygénée. Guérison. Travail de M. le Dr E. Pluyette, chirurgien des hôpitaux de Marseille.

Rapport par M. TERRIER.

Messieurs, vous m'avez chargé de vous faire un rapport sur le travail que vous a adressé M. le Dr E. Pluyette, chirurgien des hôpitaux de Marseille, travail ayant pour titre : *Septicemie suraiguë. Traitement par l'eau oxygénée. Guérison.*

Comme le fait remarquer l'auteur, la septicémie suraiguë avec gangrène gazeuse est devenue rare depuis l'usage des antiseptiques; cependant, elle est encore observée et il serait à désirer qu'on pût la combattre avec quelque chance de succès en utilisant un antiseptique puissant comme l'eau oxygénée. Telle est aussi mon opinion, comme vous le savez.

Ayant eu l'heureuse chance de traiter et de guérir par ce moyen une lésion traumatique compliquée de gangrène gazeuse, l'auteur a cru devoir vous adresser cette observation, que je vous relate à peu près *in extenso*.

M. M..., facteur, âgé de cinquante-sept ans, reçoit, à bout portant, le 31 janvier 1900, à 3 heures de l'après-midi, toute la charge d'un fusil de chasse, dans la partie moyenne de la cuisse droite, sur la face antéro-interne. Le coup fait balle; les plombs et la bourre pénètrent dans les parties molles, au milieu du quadriceps crural.

Le blessé entre à l'hôpital de la Conception, vingt-quatre heures après l'accident, avec une vive douleur dans le membre qui est chaud et tendu; fièvre modérée, 38 degrés, mais quelques frissons. M. Pluyette ne voit le blessé qu'à sa visite du matin, le lendemain 2 février, environ quarante heures après l'accident.

Voici ce qu'il constate : Un seul orifice d'entrée, d'environ 1 centimètre carré, sur la face interne de la cuisse. Le membre est lourd, volumineux, œdématié; la coloration de la peau est caractéristique, c'est la teinte rouge cuivré de l'*érysipèle bronzé*, avec liséré un peu diffus s'étendant à quatre travers de doigt environ au-dessus et au-dessous de la plaie; la zone enflammée est surtout marquée sur la face antérieure de la cuisse, au point où a dû s'arrêter la charge.

En appliquant la main sur la région blessée, le chirurgien constate une sensation de crépitation clapotante; le foyer est rempli de gaz ; la percussion donne en effet une sonorité tympanique.

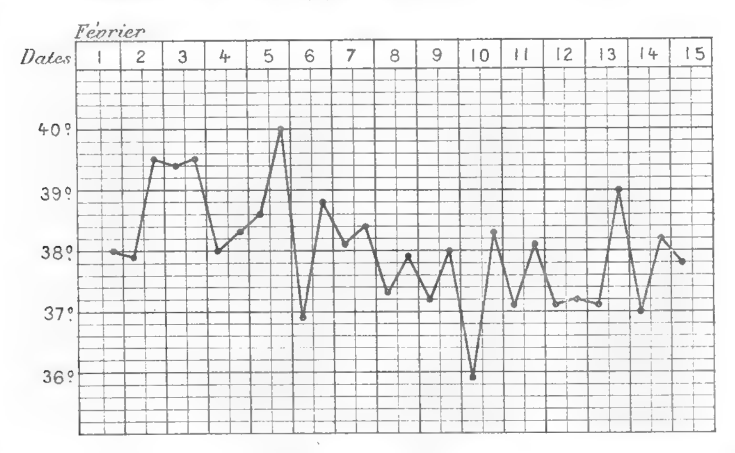
Le blessé a eu des vomissements dans la nuit; pourtant la fièvre est modérée, 37°9, il n'y a eu ni céphalalgie, ni délire; malgré cela, M. Pluyette porte un pronostic très grave, la mort surviendra probablement et très vite, due à cette infection déjà en pleine évolution.

« Quoique sans grand espoir, et pour ne pas rester les bras croisés, dit M. Pluyette, je pratique une longue incision longitudinale sur la partie antéro-externe de la cuisse ; il sort en quantité des gaz fétides à odeur cadavérique, et de la sérosité grumeleuse mêlée à des détritus sphacélés de tissu cellulaire et musculaire. J'extrais des fragments de bourre et de nombreux grains de plomb qui s'échappent sous des lavages répétés au sublimé. M'avisant alors que nous étions en présence du *vibrion septique* qui est *anaérobie*, et me rappelant un succès que j'avais eu récemment avec l'eau oxygénée pour un phlegmon septicémique, d'origine urinaire, mais à forme lente, je me décidai à laver toute la surface de la plaie avec cet antiseptique et j'injectai tout autour de la zone atteinte, c'est-à-dire vers la racine de la cuisse, cinq centimètres cubes d'eau oxygénée en dix piqûres. Pansement humide. Pour lutter contre l'intoxication, je prescrivis 500 grammes de sérum en injection, la potion de Todd, de l'acétate d'ammoniaque et du thé alcoolisé. Je recommandai ensuite à mon interne d'analyser les urines et de refaire à la contre-visite le même pansement : lavages au sublimé d'abord, à l'eau oxygénée ensuite, ainsi que les mêmes doses de ce dernier antiseptique en injection sous-cutanée.

« Le 3 février, le mal semble avoir empiré. La température de

la veille avait atteint 39°6, elle était encore le matin à 39°5. On a noté encore quelques vomissements, un peu de subdelirium, et l'analyse des urines a révélé 50 centigrammes d'albumine, indice d'une intoxication profonde. Localement, la zone érysipélateuse a un peu augmenté vers la racine de la cuisse, mais elle s'étend surtout vers la face interne et inférieure du membre, points vers lesquels on n'avait pas fait d'injection sous-cutanée. Je pratique de nouveaux débridements au thermocautère, plongeant le fer dans tous les coins et recoins qui semblent atteints, puis je fais de grands lavages au sublimé et à l'acide phénique à 5 p. 100. Je termine par un lavage de tous les points à l'eau oxygénée. Enfin, tout autour de cette large plaie, j'injecte dans le tissu cellulaire dix seringues de Pravaz d'eau oxygénée, c'est-à-dire le double de la veille Pansement humide.

« A la contre-visite du soir, l'interne refait les lavages et les mêmes injections d'eau oxygénée.



« Le 4 février, amélioration notable. La température est tombée à 38°, les vomissements ont cessé, le mal semble arrêté dans sa marche envahissante, mais l'odeur gangreneuse de la plaie persiste. Même traitement que la veille, moins la cautérisation au thermocautère.

« Le 5 février, l'état est encore assez bon ; température 38°6, pourtant, je trouve encore quelques points crépitants que je poursuis et débride au thermocautère. Mêmes lavages au sublimé et à l'eau oxygénée, terminés par dix centimètres cubes en injection sous-cutanée autour du foyer. Purgatif salin.

« Même pansement et mêmes injections le soir.

« Le 6 février, l'amélioration est évidente ; la température est tombée à 37°. Il est vrai que la veille au soir, elle était remontée

à 40°. Lavages et injections sous-cutanées comme les jours précédents.

« A partir de ce jour, l'amélioration s'accentue, l'infection est arrêtée, l'état général devient meilleur; on commence à voir une plaie rosée sous la chute d'une des escarres. Ayant appris, entre temps, que le blessé avait été diabétique, une analyse plus complète des urines nous donne : sucre 38 gr. 85, albumine 0 gr. 25. Traitement : antipyrine, extrait thébaïque.

« Le 9 février, la septicémie me paraissant hors de cause, je cesse les injections sous-cutanées d'eau oxygénée, mais la plaie est toujours lavée matin et soir avec cet antiseptique.

« Le 14 février, je trouve que la température vespérale de la veille est remontée à 39 degrés. Cette élévation thermique est causée par de la rétention dans des clapiers intermusculaires; ceux-ci sont drainés et lavés à l'eau oxygénée. Les urines ne contiennent plus que 16 gr. 66 de sucre et plus d'albumine. La quantité d'urine émise dans les vingt-quatre heures a oscillé entre deux litres et deux litres et demi.

« Le 15 février, le sphacèle est en grande partie éliminé, la plaie a un aspect bien rosé, elle n'a plus d'odeur. Le blessé est parfaitement guéri de sa septicémie, mais non du vaste débridement que je lui ai fait — 16 centimètres de long sur 25 centimètres de large —, et comme il est diabétique, il faudra du temps pour réparer cette brèche. »

L'intérêt de ce fait est indiscutable; déjà on a signalé dans cette enceinte les avantages qu'on a pu retirer de l'emploi de l'eau oxygénée en lavages, M. Pluyette y a ajouté les *injections interstitielles sous-cutanées.*

En présence d'accidents de septicémie gangreneuse, je crois donc devoir conseiller d'imiter la pratique de notre confrère des Hôpitaux de Marseille.

Il ajoute à juste titre, parmi les réflexions qui suivent son observation, « que ce traitement n'est pas empirique », ce que j'ai déjà soutenu ici. « Il est rationnel, dit-il, car l'eau oxygénée n'agit pas seulement comme antiseptique, mais comme agent spécifique, sur le vibrion septique de Pasteur, qui est anaérobie. »

On peut objecter que l'eau oxygénée n'ayant pas été utilisée seule, elle n'est pas complètement responsable du succès obtenu; que les incisions, les lavages antiseptiques, les cautérisations y ont contribué pour leur part. Le fait est exact ; toutefois, comme le remarque M. le Dr Pluyette, ces moyens ont si souvent échoué, que pour lui — et je partage sa manière de voir — il n'hésite pas à attribuer son succès à l'emploi de l'eau oxygénée.

Avec mon ami le Dr Roux de l'Institut Pasteur, je dirai que

cette eau est un excellent antiseptique, mais que son action est d'autant plus efficace qu'il s'agit de lésions dues à des microbes anaérobies.

M. Reynier. — Je crois que je suis un des premiers à avoir employé d'une façon constante l'eau oxygénée ; cela date de 1893. Elle avait été importée dans mon service de l'hôpital Tenon, par M. Isch Wall, mon assistant.

Elle rend de réels services dans la septicémie gangreneuse. J'ai un cas tout à fait analogue à celui de M. Quénu. Il s'agissait d'un cancer du rectum. Il y avait des phénomènes de septicémie gangreneuse que j'ai pu arrêter par l'eau oxygénée.

Mais j'entends toujours parler d'eau oxygénée pure. Personne ne me semble en avoir signalé les dangers. Étant donné que cette eau est quelquefois très chargée d'acide chlorhydrique, on risque, en employant l'eau pure à 12 volumes qui en contient trop, d'avoir des phénomènes de gangrène, surtout chez des malades prédisposés. J'ai eu ainsi un pied bot paralytique, auquel j'avais fait des lavages d'eau oxygénée. J'ai vu se développer, sans fièvre, une escarre que je dois mettre sur le compte de cet antiseptique. J'eus un autre cas analogue chez un autre pied bot paralytique.

Chez une malade à laquelle j'avais fait un Kraske, je lavai le rectum à l'eau oxygénée pure, et j'ai eu du sphacèle. Il est vrai qu'on peut le mettre sur le compte de l'état général, car le décubitus seul avait produit une escarre sur le grand trochanter ; ce qui indique que l'on avait affaire à de mauvais tissus. Aussi, je crois qu'il y aurait nécessité à prendre de l'eau oxygénée, si on emploie celle du commerce, débarrassée, autant que possible, de son excès d'acidité ou du moins coupée et à ne l'employer qu'avec prudence, chez les malades que le mauvais état de leur système nerveux voue à de faciles troubles trophiques.

M. Quénu. — J'ai employé tout récemment avec succès, l'eau oxygénée dans un cas particulièrement difficile d'extirpation rectale ; il s'agissait d'un homme âgé, fatigué, à mauvais reins, porteur d'un rétrécissement de l'urètre, chez lequel un cancer du rectum assez haut placé, adhérait au sacrum ; l'opération fut très difficile, les difficultés tenant à ces adhérences à l'os, et ces adhérences reconnaissant elles-mêmes pour cause l'envahissement des ganglions méso-rectaux ; un de ceux-ci était creusé d'une cavité qui s'ouvrait dans l'ulcération cancéreuse du rectum. Il en résulta quelques souillures de la plaie, et deux ou trois jours après l'opération, l'apparition d'une escarre septique de toute la

surface de la plaie que je fus obligé de désunir. J'appliquai des tampons d'ouate trempés dans l'eau oxygénée pure (12 volumes), pendant douze à quinze minutes, et je laissai dans la plaie des tampons trempés dans une solution au quart. Je n'employai aucun autre antiseptique. Sous l'influence de ces pansements, la couche gangreneuse se modifia et s'élimina très rapidement, en moins de quatre jours, et l'état général resta bon; les pansements furent renouvelés deux fois par jour. Avec l'expérience que j'ai de ces opérations qui dénudent toute l'excavation pelvienne, je puis affirmer que mon opéré aurait succombé, si je n'avais eu à ma disposition l'eau oxygénée. Je pense donc que l'eau oxygénée constitue le topique par excellence pour les plaies gangreneuses et pour les plaies septiques périrectales en particulier. Son seul inconvénient est d'être parfois douloureuse, ce qui tient à son acidité.

M. Michaux. — Je voudrais rapporter un fait qui s'est passé dernièrement dans mon service. Un homme avait eu l'artère poplitée broyée par une roue de voiture. Pendant huit jours, le malade refusa obstinément l'amputation. Au dernier moment, la gangrène septique gagnant la cuisse, il consentit à se laisser opérer. J'ai pratiqué l'amputation il y a trois jours. J'ai laissé la plaie ouverte et appliqué un pansement à l'eau oxygénée. Aujourd'hui l'état de la plaie est merveilleux, on pourrait croire que l'amputation a été pratiquée dans un tissu sain; il n'y a pas trace de gangrène et, cependant, j'ai opéré dans un foyer septique.

J'ai employé plusieurs fois l'eau oxygénée et je n'ai jamais eu d'accidents comme ceux que M. Reynier a signalés.

M. Terrier. — Je répondrai à M. Reynier que l'emploi de l'eau oxygénée n'est pas une chose nouvelle. Lorsque le Dr Baldy utilisa autrefois l'eau oxygénée, il présenta son produit à Péan qui l'essaya dans son service et obtint de très bons résultats. J'ai eu l'occasion de préconiser les avantages de cette eau oxygénée dans un cours que je faisais à la Faculté lorsque j'étais agrégé. Quant aux accidents de cautérisation observés par M. Reynier, ils tiennent sans doute à ce qu'il s'est servi d'une eau oxygénée mal fabriquée, contenant en excès de l'acide sulfurique et non chlorhydrique. L'eau oxygénée n'a pas de tendance à produire de la gangrène: en effet, le malade de M. Pluyette qui était diabétique et, partant, fort disposé à faire des escarres, n'a pas présenté ces accidents. D'autre part, MM. Quénu, Michaux et moi, qui avons employé de l'eau oxygénée pure, n'avons jamais observé de mortification.

Discussion

Discussion sur les kystes hydatiques (fin).

M. Pierre Delbet. — Je suis plein de reconnaissance pour tous ceux de nos collègues qui ont pris part à la discussion qui se poursuit depuis le 2 janvier sur le traitement des kystes hydatiques.

Il y a un an, un embryon de discussion s'était ébauché sur le même sujet, à propos d'une malade que j'avais présentée. M. Nélaton avait cité un cas favorable. En dehors de ce fait, je n'avais récolté que des critiques et j'avais eu la douleur d'entendre mon maître, M. Segond, déclarer qu'il n'acceptait la réduction sans drainage dans aucun cas.

Cette année, la méthode n'a reçu que des éloges. Certes, il y a bien des nuances dans ces éloges, mais il me semble que pas une critique de fond n'a été formulée, et treize cas nouveaux ont été apportés, treize cas dont les plus défavorables viennent eux-mêmes à l'appui de ma manière de voir.

Aussi, Messieurs, quand je mesure le chemin parcouru en cet espace de douze mois, je ne puis pas ne pas éprouver une vive satisfaction, et je suis particulièrement heureux que la première discussion importante sur cette méthode ait eu lieu dans notre Société.

Les observations et les opinions qui ont été exposées ici ont trait à la marsupialisation, à la ponction, à la réduction sans drainage : autant de points sur lesquels je vous demande la permission de dire quelques mots.

Voyons d'abord la marsupialisation, car pour bien apprécier les avantages de la réduction sans drainage, il faut bien connaître les inconvénients de la marsupialisation.

Tous ceux qui ont pris part à la discussion ont déploré ces inconvénients, tous, sauf MM. Kirmisson et Potherat.

M. Kirmisson a rapporté l'observation d'un enfant qu'il a guéri en six semaines d'un kyste volumineux par la marsupialisation et mon ami Potherat a chanté les louanges de cette méthode.

Certainement, Messieurs, quand on la compare aux méthodes plus anciennes, à la méthode de Boinet, à la ponction simple ou double, certainement on a le droit de la trouver bonne. Elle représente dans l'histoire du traitement des kystes hydatiques une étape importante : je crois en avoir apprécié toute la valeur dans mes leçons cliniques. Mais la comparaison de la marsupialisation,

avec les méthodes antérieures n'a plus à mon avis, qu'un intérêt historique. Si on veut apprécier actuellement sa valeur thérapeutique, ce n'est pas avec la double ponction, c'est avec la réduction sans drainage qu'il faut la comparer.

La marsupialisation est incontestablement plus rapide que la double ponction, et cependant sa lenteur est un de ses principaux inconvénients. Potherat a guéri de gros kystes, des kystes très volumineux, dit-il, en trois semaines. Il a eu un rare bonheur, très rare, excessivement rare. Je n'ai plus besoin, pour le prouver, de recourir à mes propres faits que j'ai tant de fois cités. Ceux qui ont été décrits au cours de cette discussion suffisent, et je remercie tous ceux de mes collègues qui ont bien voulu apporter ici leurs observations de marsupialisation, estimant qu'ils ont rendu un signalé service à la cause de la réduction sans drainage. Poirier nous dit qu'il a guéri des kystes du foie « dans un espace de temps variant d'un mois à six semaines ». Je crois que, comme Potherat, moins que lui cependant, il a été servi par les circonstances. Tous les autres chiffres se rapprochent des miens.

« Chez tous mes opérés, dit M. Marchant, la durée de la guérison n'a jamais été inférieure à trois mois; elle a souvent exigé cinq mois, six mois et même plus d'un an. »

Chez les malades de Routier, le minimum de la durée de la fistule a été de cinquante jours, le maximum d'un an.

Notre collègue Schwartz parle de deux malades qui ont mis chacun deux ans à guérir, après avoir présenté des cholerragies abondantes.

Tous ces faits concordent avec les miens et, encore une fois, je suis très heureux qu'ils aient été publiés, car, et je ne me lasserai pas d'insister sur ce point, les résultats de la marsupialisation tels qu'on les présente d'habitude sont des trompe-l'œil. Combien de malades qui sortent de l'hôpital avec une fistule qu'on qualifie d'insignifiante et qui empêche de les porter guéris ! Guéris, Messieurs, ils ne le sont pas, il faudra peut-être bien du temps avant qu'ils le soient; peut-être même ne le seront-ils jamais. Insignifiante, la fistule? Non, Messieurs. On ne soupçonne pas quand on n'y a pas regardé de près ce qu'elle recèle de misères. C'est une boîte de Pandore, et heureux encore celui qui peut, comme M. Marchant, la fermer par une opération complémentaire.

M. Quénu est revenu sur un point important, que je considère comme le nœud de la question : je veux dire la manière dont se comporte la membrane adventice lorsque la membrane germinative a été enlevée.

J'ai été conduit, je l'ai dit, à pratiquer la réduction sans drai-

nage, par la constatation répétée de ce fait qu'après la marsupialisation les premiers pansements restent absolument secs. J'avais l'habitude de mettre dans la poche, au lieu de drain, des mèches de gaze, et aux premiers pansements, je retirais les mèches parfaitement sèches. Ce n'était qu'au bout d'un certain temps, variable, que, par suite sans doute d'infection secondaire, la sécrétion commençait. Voilà pourquoi j'ai déclaré que la membrane adventice ne sécrète rien, tant qu'elle n'est pas infectée.

M. Quénu nous dit « qu'elle ne sécrète rien, dans le sens physiologique du mot, soit : mais qu'elle ne laisse rien transsuder, c'est une autre affaire ». Sans doute, c'est une tout autre affaire. Avant d'en parler, je marque comme acquis ce premier point d'importance énorme : la membrane adventice ne sécrète rien dans le sens physiologique du mot.

Je ne crois pas non plus qu'elle laisse rien transsuder, mais il est bien certain, et c'est la pensée de M. Quénu, il est bien certain que les divers canaux qui rampent dans son épaisseur peuvent se rompre et verser leur contenu dans la cavité kystique. Ces canaux sont ou sanguins, ou glandulaires. Il pourra donc se produire dans la poche, soit des hémorragies, soit des épanchements de liquide venant des glandes. Je me suis déjà expliqué à diverses reprises sur tous ces points, aussi je serai bref.

Ces hémorragies par la membrane adventice, on ne les a jamais observées, que je sache, au moment même de l'opération. Elles ne se produisent que plusieurs jours après, ce sont des hémorragies secondaires ; là, comme ailleurs, elles sont fonction de septicité ; on les évite par la suppression du drainage.

Les canaux glandulaires sont ou biliaires, ou pancréatiques, ou urinifères. Je ne connais pas de cas d'écoulement d'urine par un kyste hydatique. Les écoulements de liquide pancréatique ont été observés, mais ils sont très rares. Prenons donc pour exemple l'écoulement qui est de beaucoup le plus fréquent, la cholerragie.

Celle-ci peut être ou primitive ou secondaire. Lorsque, au moment de l'opération, on constate l'existence d'une fistule biliaire dans le kyste, on peut, comme je l'ai fait, fermer par des sutures l'orifice fistuleux, capitonner par dessus et réduire sans drainage. Quant aux cholerragies secondaires, à mon avis, elles sont dues, comme les hémorragies, à une ulcération septique de la membrane adventice, et on les évitera également par la réduction sans drainage. C'est même là un des grands avantages de cette méthode.

Il y a certainement quelque chose d'un peu artificiel dans cette division des cholerragies en primitives ou secondaires, et je vois

très bien l'objection qu'on pourrait me faire. Les fistules biliaires qui se produisent dans les kystes hydatiques avant leur ouverture sont dues à l'usure mécanique des parois des vaisseaux biliaires. Or, il n'y a évidemment rien d'impossible à ce qu'on opère juste au moment où les canaux amincis n'ont plus de résistance, ni à ce qu'ils se rompent peu de temps après l'opération. Ainsi, M. Quénu a observé des écoulements de bile précoces après la marsupialisation. C'est là un danger pour la réduction sans drainage, mais c'est un danger rare. Et puis, je ferai remarquer que si la rupture ne se produit pas au moment de la décompression brusque due à l'opération, il y a moins de chances pour qu'elle se produise ensuite avec la suture totale qu'avec la marsupialisation. J'ajouterai enfin qu'un capitonnage même lâche, aurait chance d'empêcher la cholerragie, et, à tout le moins, la limiterait au point de la rendre inoffensive, à moins que la bile fût septique. Il faudrait donc une série de circonstances bien exceptionnelles pour qu'il arrivât malheur. C'est un avantage du capitonnage d'empêcher ou de limiter les écoulements de liquide glandulaire. Aussi je suis, pour ma part, bien plus disposé à le faire dans les kystes du foie, du pancréas, que dans les kystes de la rate ou du tissu cellulaire sous-péritonéal. Il y a là des questions d'indication qu'on ne pourra préciser qu'avec le temps.

D'ailleurs, alors même qu'il se produirait dans la poche adventice un épanchement et que cet épanchement viendrait à suppurer, tout ne serait pas perdu. Les faits qui ont été apportés ici le prouvent péremptoirement et ce n'est pas là le moindre intérêt de la discussion qui vient d'avoir lieu.

Sur les treize cas qui ont été apportés ici, cinq ont suppuré Heureusement, ce n'est pas là la proportion, puisque sur les vingt et un autres cas que j'ai cités, aucun n'a suppuré. Assurément, j'aimerais mieux que tous ceux qui ont été apportés ici eussent guéri sans accident. Toutefois, les accidents sont parfois fertiles en enseignements, et c'est le cas.

Quelques-uns de nos collègues m'ont dit qu'ils éprouveraient une vive appréhension, peut-être insurmontable, à fermer sans les drainer ces vastes poches d'une capacité de plusieurs litres. Cette appréhension était légitime dans une certaine mesure puisque nous ne savions pas ce qui arriverait si les poches venaient à suppurer. J'avais bien exprimé l'espérance que la suture faite à la membrane adventice suffirait à limiter l'infection, et qu'on aurait le temps d'intervenir pour faire un drainage secondaire. Mais combien je préfère à cette incertaine espérance la certitude d'aujourd'hui. Dans les trois faits de M. Quénu, dans celui de M. Bazy, dans celui de M. Monod, dans tous, ou bien on est inter-

venu pour faire sauter les sutures, ou bien la poche s'est d'elle-même ouverte à l'extérieur et les malades se sont trouvés dans la même situation que si on avait fait la marsupialisation. Leur guérison a été retardée, mais tous ont guéri. Voilà pourquoi je disais en commençant que tous les cas apportés à cettre tribune, même les plus défavorables, venaient à l'appui de ma manière de voir.

Messieurs, certains de nos collègues m'ont demandé de fournir quelques éclaircissements sur la technique du capitonnage. Il en est qui ont cru que l'artifice consistait à passer des fils de dehors en dedans en traversant la paroi kystique de part en part. S'il en était ainsi, le capitonnage ne pourrait être qu'une méthode d'exception, car les adhérences, l'épaisseur de la paroi le rendraient le plus souvent inexécutable. J'ajoute que cette manière de faire me semble contre-indiquée, même dans les cas où elle serait possible, car si, par malheur, le kyste venait à s'infecter, l'infection pourrait aisément se propager le long des fils jusqu'au péritoine.

Non, ce n'est pas ainsi que je procède. Je fais le capitonnage par l'intérieur de la poche.

Avant de le décrire, permettez-moi de dire un mot sur l'étendue qu'il convient de donner à l'incision de la membrane adventice. Elle est naturellement proportionnelle aux dimensions du kyste. Il se peut qu'elle soit limitée par des adhérences, mais en principe, il faut qu'elle soit grande, très grande; c'est important.

Mon ami Hartmann, en citant deux beaux succès de la méthode, disait dans la séance du 10 janvier : « Je n'ai qu'une crainte, c'est de laisser quelquefois une petite hydatide. » Il a raison, cette crainte est légitime; et le cas si intéressant de M. Peyrot montre qu'il faut la conserver alors même qu'elle ne semble pas de mise, alors même qu'on a enlevé d'une seule pièce la membrane germinative. Vous vous rappelez que M. Peyrot, après avoir extirpé sans l'ouvrir la vésicule mère, a trouvé dans la même poche fibreuse deux vésicules exogènes. Il faut donc pouvoir inspecter tous les recoins de la cavité. Dans les grands kystes, je fais une incision suffisante pour y passer librement la main tout entière. On est sûr ainsi de ne rien oublier. On peut palper toutes les parois, et peut-être serait-il possible de reconnaître ainsi la présence d'un second kyste adjacent au premier. Mon ami Routier a été assez habile pour le faire deux fois et il a ouvert le second kyste dans le premier. Cette juxtaposition de deux kystes ne semble pas très exceptionnelle, puisqu'on en a cité ici trois exemples. Aux deux de Routier, il faut ajouter, en effet, celui de Bouglé, sur lequel notre collègue Brun a fait un rapport.

Ce cas de Bouglé est du plus haut intérêt. C'est en passant son

premier point de capiton qu'il a découvert le second kyste. La piqûre de l'aiguille fit jaillir du liquide clair, et le second kyste était plus volumineux que le premier. En présence de ces circonstances difficiles, Bouglé ne renonce pas cependant au capitonnage. Il incise crucialement la cloison qui séparait les deux kystes, relève et fixe les quatre lambeaux de manière à transformer le double kyste en une poche unique. Puis, ayant agrandi l'incision, il fait le capitonnage, la suture totale sans drainage et guérit son malade en trois semaines. C'est un beau succès qui lui fait honneur.

La vésicule germinative se laisse en général très facilement extraire. Parfois, elle se détache au niveau des lèvres de l'incision de la membrane adventice, et on peut l'enlever d'un seul coup avec ce qu'elle contient de vésicules filles. Dans d'autres cas, elle se déchire et on l'extirpe par lambeaux. En règle générale, c'est très facile. Mais il y a des exceptions. Nos collègues Tuffier et Peyrot ont rencontré des cas où la vésicule mère ne pouvait plus se détacher des parois du kyste. Que faire en pareille occurence? Tuffier, dans deux cas, a gratté la poche; l'a lavée au sublimé, a suturé et réduit sans drainage. Ses deux malades ont bien guéri. Ces deux succès nous encouragent à l'imiter.

Mais pour les cas ordinaires, je suis absolument opposé au grattage et au lavage. Le grattage peut ouvrir les vaisseaux sanguins et les canaux biliaires qui rampent près de la face interne de la paroi. Quant aux lavages, ils sont au moins inutiles puisque les kystes hydatiques sont stériles. Je pense même, je l'ai déjà dit et je suis très heureux que M. Quénu se range à cette manière de voir, je pense que les solutions antiseptiques seraient nuisibles, car elles pourraient diminuer la résistance des éléments anatomiques, et amener une exsudation qui gênerait la rétraction de la poche.

Je me borne donc à assécher la cavité avec des éponges ou des compresses stérilisées.

C'est le moment, s'il existe une fistule biliaire, d'en chercher l'orifice et de le suturer, si possible, comme je l'ai fait une fois avec succès.

On m'a fait dire dans divers comptes rendus que je cherchais à réséquer le plus possible de la membrane adventice. C'est une erreur. Je l'ai fait dans mon premier cas, le 13 décembre 1895. Au premier coup de ciseau, j'ouvris une cavité tapissée de muqueuse qui était comprise dans l'épaisseur de la paroi kystique. C'était la vésicule biliaire prodigieusement allongée et tout à fait méconnaissable. Je la suturai avant de faire le capitonnage et la malade a bien guéri. Depuis, l'expérience m'a appris la complète inutilité de ces résections, qui, comme on le voit, ne sont pas toujours

sans inconvénient. La membrane adventice est un organe de défense. Lorsque le parasite, sa raison d'être, est complètement enlevé, lorsqu'elle n'est pas infectée, elle se rétracte, elle se résorbe, elle fond avec une si merveilleuse rapidité qu'il n'y a aucun avantage à en diminuer l'étendue.

Je fais le capitonnage avec des aiguilles à pédale coudées et très courbes. Pour les petits kystes, une aiguille de Reverdin courbe suffit; mais pour les grands, l'aiguille coudée me paraît à peu près indispensable. Il va sans dire que des aiguilles courbes montées sur un porte-aiguille remplissent le même office. C'est avec des aiguilles de Hagedorn que j'ai opéré à l'hôpital de Tunis; mais, personnellement, je suis plus habitué à manier des aiguilles à pédale. Cela importe peu.

J'introduis l'aiguille dans la poche et je pique la membrane adventice par sa face interne. L'aiguille chemine dans l'épaisseur de la paroi sans la traverser et ressort également par la face interne, de telle façon que son talon et sa pointe sont dans la cavité. Un gros catgut est accroché et ramené, embrochant une épaisseur de tissu suffisante pour que le point d'appui soit solide. Il n'est pas nécessaire que cette épaisseur soit considérable, car la membrane adventice est résistante; quelques millimètres suffisent. En revanche, je m'applique à ce que le fil chemine longuement dans la paroi, de façon que l'orifice d'entrée et l'orifice de sortie soient éloignés de un centimètre et demi, deux centimètres et même davantage. Le même fil est passé de la même façon au point symétrique de la paroi opposée. Les deux chefs du fil sont saisis avec des pinces. Il ne faut pas faire le nœud immédiatement, car il deviendrait alors presque impossible de passer les autres fils.

Je place ainsi deux, trois ou quatre fils, en commençant par les plus profonds. Quand on les noue, on rapproche l'une de l'autre les parois opposées. Grâce au long cheminement de chaque fil dans les parois, on arrive à aplatir des kystes considérables avec un petit nombre de points. Je ne cherche point d'ailleurs à obtenir une suppression absolument totale de la cavité, ni à affronter les deux parois opposées dans toute leur étendue. Il importe peu qu'entre les plis adossés, il reste quelques sinus étroits.

Le capitonnage fait, je ferme complètement la poche par un surjet. Si la paroi est mince, je passe les fils à la manière de Lembert. Quand la paroi est épaisse, un surjet ordinaire suffit à donner une occlusion complète.

J'ai recommandé, pour les cas où on ne fait pas de capitonnage, de bien aplatir la poche pour chasser l'air qu'elle contient avant de terminer le surjet. Si la suture est bien hermétique, la poche

vide ne peut plus se dilater et la pression atmosphérique ou la pression abdominale suffit à en adosser les parois.

La poche fermée, je la réduis sans la fixer à la paroi abdominale. Je la laisse libre pour que tous les organes puissent reprendre leur place normale.

Messieurs, il me reste encore à suivre les divers orateurs qui ont pris ici la parole sur la question des indications.

La première question qui se pose est la suivante. Quand on se trouve en présence d'un kyste hydatique, que faut-il faire d'abord? Certains répondront : « Il faut le ponctionner ». Eh bien, messieurs, je ne suis pas de cet avis. Je pense qu'il faut recourir d'emblée à la méthode de la réduction sans drainage.

Cette méthode, je l'ai dit, me semble destinée à faire disparaître le traitement par la ponction.

Rien n'est plus séduisant que ces petites interventions qui se présentent sous un aspect insignifiant. Quoi de plus insignifiant qu'une piqûre d'aiguille! Les apparences sont trompeuses. C'est le sourire d'Amphitrite, c'est la séduction de ces fruits qui paraissent succulents et recèlent des poisons en leur chair.

On se dit qu'une piqûre n'est pas dangereuse, que si elle ne guérit pas le malade, du moins elle ne l'expose à rien, qu'on peut toujours essayer, et on essaie. C'est le système des demi-mesures, c'est le système des petits paquets. Je le connais ce raisonnement : c'est lui qui conduit les médecins à faire des mouchetures aux phlegmons au lieu de les inciser largement.

Ecoutez le tableau charmant que mon ami Potherat fait de la ponction. « Combien, s'écrie-t-il dans la séance du 17 janvier, combien plus simple est cette intervention qui se fait seul, sans aide, sans anesthésie, sans instrumentration. » Oui, le tableau est séduisant, mais on pourrait en dire autant de la piqûre du bulbe. Elle se fait sans aide, sans anesthésie, sans instrumentation... et elle tue.

Je ne veux pas dire que la ponction des kystes hydatiques soit aussi dangereuse que la piqûre du bulbe, mais je veux dire que les arguments de cet ordre sont sans valeur. En tout cas, pour ma part, je ne les accepte pas. Ils seraient excellents si on devait se faire soigner par un cocher ou par un épicier, mais j'estime que la chirurgie doit être faite par des chirurgiens.

J'ai été consulté quelquefois par des personnes qui au moment de partir pour des voyages lointains désiraient savoir ce qu'elles devaient faire dans certaines éventualités graves. Je leur ai toujours conseillé des moyens simples, parce que, dans ces conditions, il fallait tenir compte de l'insuffisance notoire de l'opérateur. Mais je vous le demande, messieurs, ici, à la Société de chirurgie, devons-

nous tenir compte de considérations de ce genre? Devons-nous poser des préceptes pour ceux qui ne sont pas chirurgiens? Devons-nous supposer que ceux qui suivront nos conseils sont des incapables au point de vue chirurgical?

Je sais très bien qu'en de certaines mains, la ponction est moins grave que la laparotomie. Disons à ceux qui possèdent ces mains, disons-leur de se sonder les reins, disons-leur de ne pas se lancer dans des entreprises qui sont au-dessus de leur habileté, disons-leur que, s'ils sont isolés, ils peuvent recourir à tel ou tel artifice, mais ne leur disons pas qu'une méthode de nécessité est la méthode de choix.

La première chose que nous devons demander à une thérapeutique, c'est de guérir le plus grand nombre possible de malades; la seconde, c'est de les guérir complètement; la troisième, c'est de les guérir rapidement; la quatrième, c'est d'être le moins pénible possible. Quant à la complication technique de la méthode ou du procédé, cela vient bien loin en arrière. Sans doute entre deux méthodes d'égale valeur thérapeutique, il faut choisir la plus simple. Mais juger d'une méthode par sa simplicité seule, c'est tenir en suspicion l'opérateur.

Mon ami Potherat continue en disant que « le plus grand inconvénient de la ponction pourra être de ne pas provoquer la guérison du kyste ». Pour une thérapeutique, c'est déjà un inconvénient très fâcheux que de ne pas guérir. J'accorde cependant que si la ponction n'en avait pas d'autres, on pourrait l'essayer, mais elle en a d'autres et de plus graves.

D'abord, elle peut blesser l'intestin. Potherat déclare que c'est impossible quand le kyste bombe, qu'il est évident. Eh bien! je soutiens, moi, que même dans ces cas, en apparence des plus favorables, l'accident est possible. J'ai publié l'observation d'un kyste d'apparence superficielle que j'ai guéri par le capitonnage, et dont les dispositions étaient telles que si on avait fait la ponction, l'aiguille aurait traversé des anses intestinales adhérentes, avant d'entrer dans le kyste.

Ce n'est pas tout. On peut perforer des vaisseaux importants. Pour le prouver, je n'ai pas besoin de recourir à des faits anciens, car cette discussion a été si féconde qae je trouve tous les éléments de mon argumentation dans les cas qui ont été exposés ici. Dans la séance du 21 février, M. Schwartz nous conte qu'il ponctionne un kyste après laparotomie. « La ponction, dit-il, amena l'issue d'un jet de sang tel que j'eus peur d'avoir blessé un gros vaisseau. Je fis immédiatement le tamponnement et n'allai pas plus loin. » Que serait-il arrivé si M. Schwartz avait fait la ponction au travers de la paroi abdominale au lieu de la faire après laparotomie? Il

n'aurait pas pu faire le tamponnement, il est probable qu'il n'aurait même pas soupçonné l'hémorragie et peut-être le malade en serait mort.

Ce n'est pas tout encore. Notre collègue Bazy ponctionne un kyste et y injecte 40 grammes de sublimé. Nous pouvons être sûr qu'il s'est entouré de toutes les précautions possibles, il nous le dit expressément d'ailleurs. Qu'est-il arrivé? La poche, avec ses 40 grammes de sublimé, a suppuré.

Voilà les méfaits de la ponction et je ne rappelle pas, parce que cela a évidemment un caractère exceptionnel, qu'un malade de mon ami Chauffard est mort brusquement après une simple ponction exploratrice.

Pour ma part, je ne crois pas être pusillanime : j'affronte le danger sans crainte, à la condition que je le voie bien en face et que je le mesure, mais ces dangers obscurs qu'on ne voit pas, qu'on soupçonne à peine, qui sont embusqués derrière la paroi abdominale comme des bandits derrière un mur, je les fuis, parce que vis-à-vis d'eux, je me sens désarmé. Bref, je ne fais pas, je n'ose pas faire de ponctions dans les kystes hydatiques de l'abdomen, parce que j'aime la clarté, parce que ces interventions aveugles me paraissent plus graves que l'intervention au grand jour.

Je suis donc d'avis que quand on se trouve en présence d'un kyste hydatique de l'abdomen, il faut ouvrir le ventre pour enlever le parasite et réduire la poche adventice sans la drainer.

Y réussira-t-on toujours? ce serait trop beau. Mais je crois qu'on pourra faire la réduction sans drainage dans la très grande majorité des cas non suppurés. Je l'ai faite dans les sept cas qui se sont présentés à moi depuis 1895.

Voyons les contre-indications. M. Quénu, qui accepte la méthode en principe, fait « une réserve pour les malades à état général mauvais en possession d'une infection quelconque, et aussi peut-être pour ceux dont les troubles digestifs accentués font craindre un envahissement des voies biliaires par le bacterium coli ». Ces réserves me paraissaient très sages. Mais l'appréciation de ces contre-indications est délicate et il est bien certain que des chirurgiens, théoriquement d'accord sur ce point, pourront différer beaucoup dans l'application pratique.

Potherat paraît considérer les adhérences comme une contre-indication. En effet, dans la séance du 17 janvier, il disait en parlant des partisans de la réduction sans drainage. « Ils ne se sont pas encore attaqués aux kystes adhérents aux organes voisins. » Ceci n'est point exact. J'ai capitonné deux kystes très adhérents. L'un, qui avait probablement pour origine la vésicule biliaire,

était si adhérent au foie et à l'intestin que je n'ai trouvé pour l'aborder qu'une surface de trois centimètres carrés libre d'adhérences. J'ai rapporté l'autre cas dans la séance du 2 janvier, je n'y reviens pas.

Je ne parlerai pas non plus des fistules biliaires, sur lesquelles je me suis, je crois, suffisamment expliqué.

Il est une autre contre-indication que j'avais prévue et que notre collègue Poirier a rencontrée, c'est la calcification des parois. Cette contre-indication est fort réelle, mais elle est rare, car une calcification capable de s'opposer au capitonnage ne peut exister que dans des kystes très anciens.

Les kystes les plus difficiles à traiter par la réduction sans drainage seront certainement les kystes de la face supérieure du foie à développement thoracique. Je ferai remarquer que jusqu'ici je n'ai jamais parlé de ces kystes-là. Toutes mes communications ou publications sur ce sujet ont été intitulées avec intention : traitement des kystes hydatiques de l'abdomen. Or, ceux-là sont bien plus thoraciques qu'abdominaux. Il s'agit donc d'une extension de la méthode. Je crois que cette extension sera possible, mais dans quelle mesure, je ne saurais le dire.

Pour les kystes thoraco-abdominaux, le capitonnage est possible, puisque je l'ai fait une fois. Mais pour les kystes franchement thoraciques, il sera beaucoup plus difficile et sans doute impossible dans bien des cas, en raison de l'étroitesse de la voie d'accès.

M. Schwartz a eu l'amabilité, et je lui en suis très reconnaissant, de me convier à une opération qui a été pour moi du plus haut intérêt. Ce n'est pas celle dont il a parlé ici, mais une plus récente. Il s'agissait d'un kyste du foie volumineux, à développement supérieur. Le foie était abaissé en masse, et le kyste s'était développé dans le thorax : M. Schwartz l'a abordé en avant, au-dessous du rebord costal qu'il ne dépassait que de deux centimètres environ. Le kyste, qui avait été ponctionné quelques semaines avant, était suppuré, il n'y avait donc qu'à le marsupialiser. Mais, M. Schwartz a bien voulu me permettre d'examiner la cavité et c'est là ce qui a été pour moi d'un haut intérêt. J'ai pu me rendre compte que le capitonnage aurait été d'une extrême difficulté à cause de l'étroitesse de la voie d'accès. Je n'ose même pas dire qu'il eût été possible sans résection costale. Si la paroi kystique avait été assez mince pour s'aplatir sans capitonnage, on aurait pu la suturer sans drainer ; mais si le capitonnage avait paru nécessaire, aurait-il fallu réséquer le rebord costal? Je n'en sais rien. Pour les kystes thoraciques (peu importe qu'ils aient le foie, le poumon, la plèvre ou le diaphragme pour origine), la

ligne de conduite ne peut être actuellement fixée; il faut attendre les enseignements de l'expérience.

Quant aux indications relatives aux trois manières d'éviter la marsupialisation: 1° le capitonnage et la suture; 2° la suture sans capitonnage; 3e la réduction poche ouverte, je n'ai rien à ajouter à ce que j'ai dit ici le 2 janvier.

En somme, Messieurs, ce qui ressort le plus clairement de cette discussion, c'est ceci: Quand la réduction sans drainage des kystes hydatiques échoue par suite de l'infection de la poche, on a le temps, par une intervention secondaire, d'établir le drainage. On remet alors les choses dans l'état où elles auraient été si on avait fait la marsupialisation d'emblée. On n'a donc rien perdu. Et en effet, jusqu'ici, aucun des malades traités par cette méthode n'a succombé. On peut donc dire qu'elle est bénigne. Comme, d'autre part, elle permet d'éviter le triste et long odyssée des fistules de marsupialisation; comme elle permet de guérir en quinze jours les kystes les plus volumineux; comme aucune autre ne l'égale en efficacité et en rapidité, il me semble que je suis bien autorisé à dire encore une fois qu'elle est la méthode de choix.

M. Quénu. — Je désirerais simplement ajouter un fait à l'appui de ce que vient de dire M. Delbet relativement aux kystes multiples reconnus au cours de l'opération. Dans une opération de kyste hydatique remontant dans le thorax, je pus constater, après l'ouverture d'un premier kyste, l'existence d'une paroi supérieure convexe; la ponction avec le trocart de l'appareil Potain par la cavité du kyste démontra qu'il s'agissait d'un nouveau kyste que j'incisai en suivant le trocart. Je découvris ainsi successivement deux autres kystes à la partie supérieure et un quatrième à la partie inférieure de la première cavité kystique. J'insiste sur ce point, c'est que si après évacuation du liquide d'un kyste hydatique on observe une diminution insuffisante de la voussure thoraco-abdominale, il faut se méfier, penser à l'existence d'autres kystes, appliquer des écarteurs sur l'incision largement faite à la première poche et en explorer la cavité avec l'œil et au besoin avec la main.

Présentation de malades.

Varices, phlébite variqueuse, ulcères variqueux, résection du paquet de varices enflammées, ligature de la saphène interne, guérison persistante après neuf ans.

M. Quénu. — Ce malade, âgé de soixante-sept ans, forgeron, a été opéré par moi il y a eu neuf ans au mois de février, pour des varices enflammées occupant la face interne du genou gauche, il avait eu auparavant des ulcères de jambe, dont le siège est encore accusé par la pigmentation de la peau. Je réséquai tout le paquet de varices atteint de phlébite, liai la saphène interne au-dessus et réunis par première intention ; la guérison fut rapide et le malade reprit son métier de forgeron qui l'oblige à rester toute la journée debout. J'ai eu l'occasion de le revoir il y a près d'un an, pour un cancer du rectum que j'enlevai il y a onze mois. Je présente le malade comme exemple de guérison persistante de résection variqueuse et comme exemple de bon résultat obtenu par une intervention faite au moment d'une poussée inflammatoire.

Hypospadias. Greffes par le procédé de Nové-Josserand.

M. Tuffier. — Il est intéressant de voir les résultats éloignés des greffes hétéroplastiques.

Voici un hypospade que j'ai opéré par le procédé de Nové-Josserand il y a un an. Je l'ai revu ce matin et je vous l'amène pour vous le faire voir. Il urine très bien par son méat, et vous pouvez constater que le résultat primitif de l'opération s'est parfaitement maintenu.

M. Paul Segond. — Dans un cas récent, j'ai pratiqué moi aussi le procédé de Nové-Josserand. Mais, moins heureux que notre collègue M. Tuffier, j'ai complètement échoué, le lambeau s'est sphacélé et je crois bien qu'il doit en être souvent ainsi. Tout au contraire, les méthodes autoplastiques classiques, pratiquées avec toutes les précautions si bien précisées par M. Duplay, m'ont en maintes circonstances donné de parfaits résultats. Si bien que, jusqu'à plus ample informé, je leur conserve mes préférences sans me sentir disposé à tenter de nouveau la greffe de Nové-Josserand, même avec le perfectionnement récent qu'il a conseillé pour en assurer la vitalité et que vous connaissez tous.

M. Tuffier. — J'ai appliqué le même procédé à la cure de l'oblitération du col utérin. Après avoir ouvert l'utérus par la laparotomie et déterminé le point où aurait dû se trouver l'orifice du col, j'ai ponctionné et placé un drain entouré d'une couche dermo-épidermique. Le drain a été enlevé le septième jour et, jusqu'à présent, l'opérée conserve son orifice cervical.

M. Tuffier. — Je demande à connaître dans un an le résultat de l'opération de M. Bouglé.

M. Routier. — Après avoir obtenu de très bons résultats par les anciennes méthodes de traitement de l'hypospadias, je me trouve avoir affaire à un malade de vingt-cinq ans, chez lequel je ne puis arriver à constituer un canal balanique; à cause des érections du malade, tous les procédés employés jusqu'ici ont échoué. Je me propose d'essayer la méthode de M. Nové-Josserand.

Présentation de pièces.

M. Doyen présente : 1° une pièce d'agglomérations iléo-cæcales péri-appendiculaires. — M. Broca, rapporteur.

2° Un fibrome utérin et six cas de chirurgie cérébrale. — M. Hartmann, rapporteur.

Appendicite provoquée par un lombric.

M. Brun. — La pièce que je présente à la Société provient d'une opération de résection à froid de l'appendice, pratiquée hier matin. Il s'agissait d'un garçon de douze ans qui était entré dans mon service le 24 janvier pour une crise aiguë d'appendicite. Comme cette crise présentait les caractères évidents de l'appendicite enkystée, le traitement médical fut institué (diète, glace sur le ventre, morphine) et au bout de quarante-huit heures la température qui était à l'entrée à 38°6 était tombée à 36°8 pour se maintenir à ce degré.

Les signes locaux (douleur, empâtement) diminuèrent progressivement, mais je sentais persister dans la fosse iliaque une tuméfaction du volume d'une noisette.

Je fis l'opération le 13 mars et je trouvai un appendice très adhérent, déformé et séparé en deux tronçons.

Cette appendice enlevé, je mis à découvert, dans un foyer des dimensions d'une noix, tapissé d'une fausse membrane verdâtre, un cadavre de lombric,

Il me paraît évident qu'au cours de la crise aiguë de janvier, l'appendice perforé a dû laisser échapper ce parasite.

Ce qui me paraît important à relever, c'est que la présence de ce lombric macéré n'a pas empêché le moins du monde la résolution d'un abcès péri-appendiculaire important.

Pylorectomie.

M. Rochard. — Je vous présente une pièce ayant trait à une pylorectomie que j'ai pratiquée le 19 janvier. J'ai fermé la plaie stomacale et fait l'abouchement du duodénum à la paroi postérieure de l'estomac, c'est-à-dire une gastro-duodénostomie par le procédé de Kocher. La malade va, à l'heure actuelle, très bien et les vomissements ont cessé depuis le jour de l'opération. La pièce examinée par M. Bezançon est un polyadénome de l'estomac. Il existe de nombreux ganglions sur la petite courbure, ganglions dont l'examen n'est pas encore terminé, mais qui paraissent être simplement inflammatoires.

Radiographies pour fracture.

M. Tuffier présente des épreuves radiographiques obtenues sur une fracture expérimentale et prouvant la légitimité des renseignements fournis par des radiographics bien faites.

La communication de M. Tuffier et la discussion sont reportées à la prochaine séance.

Le Secrétaire annuel,
Ad. Jalaguier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 21 MARS 1900

Présidence de M. RICHELOT.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

A propos de la rédaction du procès-verbal.

Hypospadias.

M. PAUL SEGOND. — A propos du fait d'hypospadias traité par le procédé de Nové-Josserand et présenté par M. Tuffier, j'avais fait remarquer que M. Bouglé, dans un cas récent, s'était contenté de créer un nouveau canal, par effraction, si je puis ainsi dire, à l'aide d'un simple coup de trocart. J'avais supprimé cette réflexion au moment de la correction des épreuves; je crois devoir la rétablir aujourd'hui, car, sans elle, la demande de M. Tuffier, consignée à la ligne 7 de la page 311 n'aurait pas sa raison d'être.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Une lettre de M. RICARD, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance;

3° Une lettre de M. HARTMANN, qui demande un congé de quatre mois;

4° Une lettre de M. DEMOULIN, qui se porte candidat à la place déclarée vacante de membre titulaire de la Société de chirurgie;

5° Une note de M. le Dr MARIE (de Toulouse), sur *la radiographie stéréoscopique.* — Cette note est renvoyée à une Commission : M. GÉRARD MARCHANT, rapporteur;

6° Un travail de M. Charier (d'Angers), intitulé : *A propos de la résection des canaux déférents dans la rétention d'urine par hypertrophie de la prostate.* — Cette note est renvoyée à une Commission : M. Potherat, rapporteur.

7° Une observation de M. Brossard (du Caire), intitulée : *Luxation de l'astragale. Extirpation. Résultat fonctionnel éloigné.* — Cette observation est renvoyée à une Commission : M. Walther, rapporteur.

A propos de la correspondance.

M. Lejars dépose sur le bureau de la Société un travail de MM. Gerbault et Cange, médecins militaires, intitulé : *Un cas de vaginalite chronique biloculaire. Excision de la vaginale pariétale. Décortication. Guérison.* — Ce travail est renvoyé à une Commission : M. Lejars, rapporteur.

M. Chalot envoie et offre à la Société la 4e édition de son *Traité élémentaire de chirurgie et de médecine opératoires.*

A l'occasion du procès-verbal.

M. Quénu. — M. Potherat a qualifié d'hérésie zoologique la doctrine acceptée par M. Peyrot, et d'après laquelle le contenu d'un kyste hydatique rompu pourrait donner lieu à des greffes de vésicules et à la formation d'un nouveau ou de plusieurs nouveaux kystes hydatiques.

Un kyste hydatique, dit-il, ne peut, ni par ses scolex ni par ses vésicules filles, reproduire un kyste hydatique, c'est là une simple affirmation dogmatique : de ce que le tænia échinocoque n'atteint son complet développement que dans l'intestin du chien, cela ne prouve en aucune façon qu'une vésicule ne puisse se greffer sur le péritoine ou sur un tissu quelconque et s'entourer d'une adventice.

Lorsque par bourgeonnement exogène, une vésicule secondaire d'abord incluse entre les lamelles de la cuticule gagne la surface externe de celle-ci et tombe en dehors d'elle, que devient-elle ? elle se développe et devient une hydatide, n'est-ce pas une véritable greffe? quelle différence essentielle y a-t-il donc entre le tissu conjonctif de l'adventice et le tissu conjonctif qui sépare les

tissus pour que le premier puisse aider au développement de la vésicule et pour que le second en soit incapable?

M. Potherat dit qu'à aucune de ses phases l'échinocoque ne peut faire un retour en arrière, d'accord, mais il ne s'agit pas du tout de cela, il ne s'agit pas du tout du cycle de l'échinocoque, il s'agit de savoir si une petite vésicule détachée d'un kyste peut se greffer ailleurs. M. Ricard a cité l'exemple de développement de kystes hydatiques du petit bassin consécutifs à la rupture d'un kyste hydatique. M. Potherat interprète ces faits comme les manifestations multiples d'une invasion ou d'invasions répétées d'embryons hexacanthes. Son hypothèse n'est assurément pas applicable à tous les cas, et j'espère que l'observation suivante est assez démonstrative pour lever tous les doutes et convaincre M. Potherat lui-même.

Une jeune femme de vingt-cinq ans avait été opérée par moi le 11 avril 1898, par incision et drainage, d'un énorme kyste hydatique du foie, face inférieure, renfermant six litres de liquide.

La cicatrisation complète exigea cinq mois. Dix-huit mois après son opération, elle s'aperçut de l'existence d'une petite boule à l'extrémité inférieure de l'incision cutanée. Cette petite boule grossit, et la malade se décida à venir me voir au commencement de ce mois.

Nous avons constaté à l'extrémité inférieure de l'incision cutanée l'existence d'une petite tumeur arrondie et rénitente, du volume d'un petit œuf de pigeon et mobile sur les parties profondes, superficielle, recouverte seulement par la peau et la cicatrice. Le 12 mars dernier, je circonscris la petite tumeur par deux incisions, afin d'enlever la cicatrice et la peau qui la recouvrent, je constate qu'elle est développée dans le tissu cellulo-graisseux, sous-cutanée, sans aucune espèce de pédicule; la membrane cuticulaire est enlevée, puis je dissèque aisément dans la graisse la membrane adventice que j'ai tout entière dans ce flacon.

Comment douter que ce kyste n'ait été le résultat d'une greffe effectuée au moment de la première opération? Faudrait-il donc admettre, d'après la théorie admise par M. Potherat, que concomitamment, les hexacanthes ont, il y a trois ou quatre ans, ou depuis, infecté à la fois le foie et une portion de peau qui devait être juste le point déclive de l'incision opératoire? Cette hypothèse d'une pure coïncidence, ne tient pas debout ici. Cette observation me paraît avoir la valeur d'une expérience et démontrer la greffe possible des vésicules hydatiques.

On ne peut soutenir en effet que ce kyste se soit développé dans une portion de tissu hépatique fixée à la peau; la portion de kyste fixée à la peau était purement fibreuse et, de plus, j'aurais retrouvé

un pédicule rattachant mon adventice à la cicatrice profonde, or, je le répète, le kyste était plongé dans la graisse sous-cutanée et libre.

M. Potherat. — Je ne trouve pas aux arguments de M. Quénu la valeur qu'il leur attribue. Le fait qu'un épaississement de la membrane germinative donne lieu à une vésicule fille exogène, n'indique pas qu'il s'agisse là d'une greffe vraie. Et il n'est pas juste d'en conclure que des vésicules filles peuvent se greffer dans le péritoine.

Sur le second point, moi aussi, j'ai observé sous la cicatrice d'une opérée de kyste hydatique par marsupialisation (enfant de huit ans, très volumineux kyste) une vésicule grosse comme une noix, et j'ai enlevé cette vésicule par une incision. Mais je n'en conclus pas du tout que ce soit là une vésicule greffée ; je crois, au contraire, qu'il s'agit d'une vésicule fille du grand kyste que j'avais opéré restée dans la membrane adventice, et qui, ne pouvant plus vivre séparée de la vésicule mère, s'est peu à peu portée vers l'extérieur pour être éliminée.

M. Quénu. — L'évolution cyclique de l'échinocoque n'a rien à voir avec cette question, il s'agit simplement de savoir si une vésicule fille peut vivre et se conserver au sein des tissus. Le dernier cas de M. Potherat vient justement à l'appui de cette manière de voir ; la vésicule qu'il a trouvée au-dessous de la cicatrice n'est pas morte, elle est devenue un véritable kyste hydatique.

M. Routier. — J'ai présenté ici un fait analogue à celui de M. Quénu.

Il s'agissait d'un malade opéré quatre fois de kyste hydatique, deux fois par Hartmann, deux fois par moi. Hartmann l'avait opéré de kyste hydatique du foie. Je l'ai opéré, pour ma part, la première fois de deux grandes vésicules, de la grosseur d'une noix, existant au-dessous de la cicatrice. Dans ma dernière opération, j'ai trouvé un nombre considérable d'hydatides, formant une grappe, partant du tissu cellulaire sous-cutané et remontant jusqu'à la vésicule biliaire que j'ai dû enlever, car il y avait une dernière vésicule hydatique entre la face inférieure du foie et le col de la vésicule biliaire.

M. Michaux. — Je me défends aussi d'être zoologiste, mais je puis citer à M. Potherat plusieurs cas d'hydatides tombées dans le petit bassin et dans le reste de la cavité abdominale à la suite d'ouverture de kystes hydatiques. Ces hydatides, restées indépendantes, sans connexions avec les organes voisins, peuvent être énucléées. Leur présence en ces points de la cavité abdominale ne peut être que le résultat de l'opération première.

M. Broca. — Puisque chacun apporte ici des observations où la greffe péritonéale des kystes hydatiques est possible, je dirai que j'en ai une qui peut paraître probante. Mon ami Jalaguier, quelque temps avant mon entrée à l'hôpital Trousseau, se proposait d'opérer un enfant porteur d'un kyste hydatique du foie, lorsque le gamin, en faisant des cabrioles dans la cour, se contusionna l'abdomen contre un banc. Il en résulta des accidents toxiques assez forts, à l'issue desquels Jalaguier, ne trouvant plus aucune tumeur, n'opéra point. Mais quelques mois après, le sujet, à qui j'avais opéré entre temps un abcès d'appendicite, présenta des kystes hydatiques multiples de l'abdomen. Je lui fis une opération des plus laborieuses, si bien qu'il en mourut. Pas plus que M. Potherat, je ne suis botaniste, mais il me paraît difficile de ne pas admettre ici des greffes consécutives à la rupture de la poche primitive. D'ailleurs, j'ai le souvenir précis d'avoir lu, il y a quelques jours, le compte rendu d'un travail provenant de la clinique de Garré et où l'auteur, après quatre faits recueillis sur l'homme, rapporte des expériences positives sur les animaux. J'apporterai, dans la prochaine séance, l'indication exacte de ce document.

M. Tuffier. — La greffe des vésicules filles ne fait de doute pour personne. Je puis citer, moi aussi, un fait observé, il y a 10 ans, dans le service de M. Théophile Anger. J'avais opéré, par marsupialisation, chez une jeune fille, un énorme kyste hydatique du foie. Deux mois après la guérison de son opération, elle revint me trouver avec un kyste sous-dermique formé par une grosse vésicule comprise dans la cicatrice, vésicule transparente, renfermant un liquide eau de roche. Je l'excisai : la malade guérit.

Rapport.

Quatre cas de grossesses ectopiques rompues. Inondation péritonéale, laparotomie, guérison, par MM. Auvray et Morestin.

Rapport par M. ROUTIER.

Vers la fin de l'année dernière, nos deux jeunes collègues des hôpitaux, MM. Auvray et Morestin, nous ont présenté des pièces de grossesses ectopiques tubaires ou tubo-péritonéales rompues, ayant donné lieu à ces énormes hémorragies que nous avons l'habitude de désigner sous le nom si caractéristique d'inondations péritonéales.

Je vous avais moi-même présenté deux faits analogues, en appelant plus particulièrement votre attention sur les élévations

de température que j'avais observées coïncidant avec des poussées hémorragiques; M. Auvray cite le même fait dans une de ses observations.

Malgré l'opinion bizarre de quelques rares chirurgiens qui n'hésiteraient certainement pas un instant à lier une artère qui saigne, mais qui interdisent d'aller lier les artères tubo-ovariennes rompues, parce qu'elles sont sans doute ouvertes dans une cavité close, on peut dire que la règle générale aujourd'hui est d'intervenir aussi vite que possible dans les cas de grossesses rompues avec signes d'hémorragie interne.

Il faut, ce me semble, n'avoir jamais vu la quantité de sang que peut contenir un péritoine dans lequel se fait une hémorragie, n'avoir jamais vu une de ces malades exsangues, pâles, demi-syncopées, pour ne pas adopter la pratique de l'intervention immédiate par la laparotomie qui seule permet de porter un véritable secours efficace en arrêtant l'écoulement du sang par la ligature immédiate du ou des vaisseaux qui saignent.

C'est cette conduite qu'ont heureusement suivie M. Auvray dans trois cas et M. Morestin dans un autre, avec la joie d'enregistrer autant de succès que d'interventions.

Leurs observations sont calquées les unes sur les autres : femmes jeunes, vingt-quatre, vingt-cinq, vingt-six, trente-six ans, sans antécédents génitaux pathologiques, ayant eu quelques-unes déjà des accouchements normaux, prises tout à coup, sans cause apparente, de douleur subite dans le ventre, avec tendance syncopale, syncope quelquefois, avec écoulement souvent peu abondant de sang par la vulve, le tout rapproché d'un retard menstruel de quelques semaines, ce qui permettait bien de faire le diagnostic, surtout quand avec cela on constatait une tuméfaction annexielle unilatérale.

La laparotomie a toujours permis de trouver facilement la trompe rompue; celle-ci a été liée et réséquée, avec le kyste fœtal, la toilette péritonéale faite plus ou moins complète, et le ventre refermé, tantôt complètement, tantôt avec un drainage à la Mikulicz. Je reviendrai sur ce point.

Auvray cependant, dans une de ses observations, Morestin, dans une autre qu'il cite à l'appui de sa première, n'ont pas toujours eu cette décision rapide, et pour des considérations diverses ont cru devoir temporiser; ils ont failli perdre leurs malades; il faut en effet aller vite quand on veut réussir. On ne peut espérer un réel soulagement que par l'arrêt de l'hémorragie, on ne peut pas attendre que la malade ait meilleur aspect, que son pouls se relève, l'hémorragie continuant, tout ne peut qu'empirer, la temporisation, l'hésitation en pareils cas ne peuvent amener que des désastres.

C'est au moins ce qui résulte de ma pratique : je suis intervenu quatre fois dans des cas d'inondations péritonéales par rupture de grossesse ectopique : malgré la gravité des cas, j'ai eu trois succès, et la mort que j'ai eu à déplorer est certainement due à ce que la malade, placée d'abord en médecine, puis dans un service de crèche, me fut passée fort tard, avec un ventre déjà ballonné, deux jours environ après le début des accidents, elle tombait en syncope dès qu'on la mettait sur un plan horizontal ; il fallait, pour obtenir des mouvements respiratoires, la mettre en position déclive ; malgré le sérum intra-veineux qui lui fut largement injecté, elle succomba six heures après mon intervention, j'avais trouvé dans son ventre une quantité extraordinaire de sang en caillots et à l'état liquide.

Auvray a opéré et guéri une femme moribonde et insiste à juste titre sur la nécessité d'opérer, quelque bas que soit la malade, je me joins à lui. Le cas que je joins à mon rapport vous prouve que j'ai opéré, quoique *in extremis*. Ma dernière opérée, qui est cependant guérie, avait vingt-deux ans, était aussi très bas : je l'ai opérée vingt heures après le début de ses accidents, l'artère utéro-ovarienne saignait encore, et je retirai trois litres de sang liquide ou en caillots de sa cavité péritonéale.

La perfection que doit atteindre la toilette péritonéale est un point qui me paraît important et sur lequel je voudrais appeler l'attention de la Société.

Imbu de cette idée qu'il n'y a pas un meilleur bouillon de culture pour le développement des microbes septiques que le sang épanché dans les séreuses, je me suis toujours évertué à faire une toilette complète, et j'ai refermé le ventre ; j'ai souvent l'habitude de dire à mes élèves que, pour n'avoir pas d'accidents, il faut faire de la chirurgie sèche, c'est-à-dire faire une hémostase parfaite, ne pas laisser de liquides qui peuvent devenir du bouillon de culture. C'est pourquoi j'ai toujours tenté d'assécher le péritoine, et il faut l'avouer, ce n'est pas besogne commode : quand on a fini d'enlever le sang liquide ou en caillots, la malade étant dans la position de Trendelenburg, il est habituel de voir le petit bassin se remplir à nouveau quand on la met en situation horizontale.

Dans tous mes cas, le sang remontait par la fosse iliaque jusqu'au-dessous du foie, et j'ai eu beaucoup de mal pour tout enlever.

D'autre part, quelques chirurgiens, Vasten, Henrotin, disent que mieux vaut laisser du sang dans le péritoine qui le résorbera, ce sang devant servir d'aliment à la malade.

Nos jeunes collègues ont tourné la difficulté en établissant un drainage à la Mikulicz.

Je dois dire que c'est pour moi une pratique de pis aller que le pansement de Mikulicz; c'est plutôt un procédé hémostatique qu'un procédé de drainage, et il a l'énorme inconvénient de laisser, après la guérison, une cicatrice moins solide toute disposée aux éventrations.

M. Auvray signale, comme je l'ai signalé moi-même ici, deux élévations de température correspondant à l'hémorragie sans qu'il y ait eu d'infection, comme la suite l'a démontré; peut-on l'attribuer à la résorption? L'abondance du sang trouvé à l'ouverture du ventre ne plaide guère en faveur de cette hypothèse.

M. Morestin cherche à expliquer la grossesse ectopique par l'existence d'un kyste développé sans doute aux dépens de l'organe de Rosenmuller dans les deux cas qu'il a observés; c'est une hypothèse.

Toujours à l'aide de ces kystes, M. Morestin cherche à expliquer la localisation de l'épanchement sanguin, qui, dit-il, n'envahissait pas le Douglas protégé par ce kyste; c'est possible; mais ses deux malades étaient dans la situation renversée quand il les a ouvertes, il se peut que le Douglas se soit vidé par le simple effet de la pesanteur.

Il n'est pas plus rationnel d'incriminer tel ou tel côté, comme plus favorable au développement de la grossesse ectopique : les grosses statistiques montrent que la grossesse ectopique est aussi fréquente à droite qu'à gauche : si on s'en rapportait aux séries, on serait facilement trompé.

Sur treize cas de grossesse ectopique que j'ai opérés, douze fois la lésion était à droite, une seule fois à gauche.

Du reste, que la grossesse ectopique soit à droite ou à gauche, la cause n'en est pas moins obscure.

Dans un de mes cas, la malade avait eu déjà neuf grossesses qu'elle avait menées à terme; pourquoi, la dixième, a-t-elle été une grossesse tubaire? Je pose la question sans la résoudre.

M. Morestin profite en outre de ce petit fait pour reprendre la question de l'intervention par la laparotomie, qu'il oppose à la colpotomie. Je ne veux pas réveiller cette discussion, déjà ouverte l'année dernière ici même, mais je ne crois pas que les colpotomistes les plus fervents aient jamais pensé à attaquer par là une inondation péritonéale; celle-ci n'a pas les allures de l'hématocèle rétro-utérine classique, ce peut en être une suite ou une complication, mais l'indication de l'ouverture par le cul-de-sac vaginal postérieur n'existe pas; c'est une hémorragie intra-abdominale qu'il faut arrêter au plus vite; la voie abdominale seule permet d'arriver à ces fins.

Ces accidents de rupture confirment une fois de plus l'apho-

risme du professeur Pinard : toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale. Pour ma part, je n'ai jamais manqué de me comporter ainsi : depuis 1887, j'ai opéré treize cas de grossesse ectopique, et j'ai eu douze guérisons; dans quatre cas, j'ai dû intervenir pour des accidents de rupture, pour parer à l'hémorragie; comme je vous l'ai dit, j'ai eu trois guérisons et une mort, que je vous ai expliquée plus haut. MM. Auvray et Morestin ont vu chacune de leurs interventions couronnées de succès.

Je vous propose de leur adresser nos remerciements et de déposer leurs observations dans nos archives.

Lecture.

M. Scierra, de Santiago (Chili) lit une observation intitulée *Calcul du cholédoque et de la vésicule biliaire, cholédocotomie et cholécystectomie; guérison.* — M. Lejars, rapporteur.

Discussion

Sur le traitement des fractures des diaphyses.

M. Delorme. — Notre collègue, M. Tuffier, nous a montré une série de dessins radiographiques de fractures des os longs guéries avec des cals irréguliers, vicieux, difformes; il les croit fréquents, plus fréquents qu'on ne le suppose communément et il se loue des services que lui a rendus la radiographie pour les reconnaître.

Je ne crois pas, pour ma part, qu'il soit bien nécessaire de recourir à ce mode d'investigation si précieux mais qui, pour un certain temps encore et pour beaucoup de médecins, restera d'un emploi limité, qu'il soit, dis-je, nécessaire d'y recourir pour reconnaître assez à temps pour les combattre, des déplacements aussi considérables.

Que certains de ceux-ci soient plus difficiles à déceler, à la cuisse par exemple, où les masses musculaires sont très épaisses et, dans d'autres segments, lorsque le gonflement est considérable, soit; mais pendant la présentation des dessins de notre collègue, j'en étais à me demander, si le raccourcissement du membre soigneusement relevé à intervalles, n'était pas toujours là pour nous préciser l'étendue des chevauchements; si la rotation du segment inférieur n'était pas suffisante pour nous révéler les déformations suivant l'épaisseur, et quand un os est sous la peau, comme le tibia, qu'on en suit la crête, soit directement, soit après

massage, que les saillies comme les dépressions que laissent ses fragments sont si aisément perçues, s'il n'était pas très facile de reconnaître les déviations antéro-postérieures ou latérales par la déviation d'un de ses bords saillants, et j'avoue que je ne puis comprendre qu'un chevauchement total ou presque total de fragments analogue à ceux qui nous ont été montrés, ne puisse être reconnu et corrigé.

Sans doute, malgré une difformité parfois considérable, un membre fracturé peut être utile, surtout lorsqu'il s'agit du membre inférieur; qui n'a fait cette constatation?

Mais, est-ce à dire que la recherche de la forme régulière de l'os fracturé ne doive plus rester aujourd'hui comme autrefois une préoccupation importante du chirurgien? Je ne le pense pas pour ma part.

L'admettre serait nier que deux surfaces absolument similaires ne sont pas plus aptes à s'unir vite et bien que deux surfaces de constitution dissemblable; ce serait oublier ce fait bien démontré par la clinique et l'anatomie pathologique à savoir : que la surface extérieure de fragments qui chevauchent n'a que peu ou pas de tendance à fournir les matériaux d'une réparation osseuse; que dans ces cas, le cal est *indirect*, moins solide, souvent retardé; c'est admettre que l'augmentation de longueur des muscles qui résulte d'un raccourcissement notable de l'os ne nuit pas à leur fonctionnement; c'est méconnaître enfin les effets compressifs d'un cal volumineux sur les muscles, les vaisseaux et les nerfs et le trouble qui résulte des déviations axiles des segments de membres.

Je crois que c'est bien assez que le chirurgien ait à déplorer les cals volumineux d'une fracture irréductible ou d'une contention difficile sans avoir à chercher pour ses autres fracturés à atténuer ses regrets et ceux de ses malades en admettant que l'irrégularité de la forme n'est pas incompatible avec un fonctionnement utile.

Dans la plupart des cas, la poursuite d'un cal régulier, aujourd'hui que l'épreuve radiographique précise et accuse la responsabilité du chirurgien, me paraît toujours désirable d'autant que, contrairement à ce que certains pensent, la conservation de la forme n'est pas incompatible avec le libre jeu des articulations et un fonctionnement régulier des muscles. J'y reviendrai tout à l'heure.

Les cals réguliers que nous a montrés notre collègue M. Tuffier, ont ouvert à nouveau la discussion sur l'inamovibilité comme traitement des fractures.

Cette méthode a encore subi un assaut et M. Lucas-Championnière n'a pas été tendre pour elle. « Ce sera précisément, dit-il, l'usage et l'abus des appareils inamovibles qui nous aura permis de mettre en relief la thérapeutique *fautive* des fractures. »

J'accepte en grande partie ce qu'il pense d'appareils inamovibles mal surveillés (et ils ne l'ont jamais été si mal qu'à notre époque où la chirurgie opératoire détourne l'attention et le temps des chirurgiens du traitement des fractures), mais l'appareil inamovible n'est pas seul à assurer la contention d'un membre fracturé et la thérapeutique séculaire des fractures qu'il regarde « comme une thérapeutique sans valeur », poussé par un enthousiasme bien compréhensible pour une autre méthode toute différente et qui, entre ses mains, donne de si bons résultats, cette thérapeutique comporte une autre pratique l'amovo-inamovibilité, qui est loin de mériter cette défaveur, à condition que *l'appareil employé soit bon, bien appliqué et qu'un traitement consécutif convenable soit assuré au fracturé.*

Je m'expliquerai sur ces points en faisant appel à ma pratique.

Il m'est difficile de comprendre pour les raisons que j'ai rappelées, que nous fassions aujourd'hui si bon marché de la coaptation et de la contention régulières des fractures quand, dans les traumatismes accidentels ou chirurgicaux de la peau, des aponévroses, des muscles, des tendons et des nerfs, nous recherchons toujours les accolements bout à bout et nous assurons, après ou sans suture, par une immobilisation, une contention suffisamment prolongées.

Pourquoi faire différemment pour les os? Oublierons-nous ce fait que tous nous avons constaté pour l'avoir regretté et qui me servira de raison parmi tant d'autres, à savoir : qu'à la levée prématurée d'un appareil, un cal irréprochable, imperceptible s'accuse au point de devenir difforme et qu'une contention nouvelle aidée d'une compression localisée redonne souvent à l'os ou sa forme primitive ou une forme plus normale?

Je cesse ces considérations qu'il serait si facile d'étendre.

L'appareil amovo-inamovible qui facilite si bien l'examen fréquent du membre et le contrôle de la rectitude de ses os, qui suit le retrait du membre, qui laisse le chirurgien libre de modifier par l'application de tampons de ouate pressés et laissés quelques jours ou quelques semaines en place, la saillie de certains fragments, d'en relever d'autres comme l'a bien montré Raoult Deslonchamps, qui permet même le massage, cet appareil, aujourd'hui trop délaissé au profit de l'extension continue ou de l'appareil inamovible, me paraît devoir rester en dehors des critiques si

justes adressées à l'inamovibilité obtenue par les inamovibles proprement dits.

Le système d'appareils que j'emploie, auquel je reste très attaché parce que depuis douze ans il m'a rendu les plus signalés services, à la fois dans les fractures simples et les fractures compliquées de plaies, est taillé dans des lames de zinc n° 12 ou 13, à la façon de ceux de Raoult Deslonchamps. J'ai emprunté à ce chirurgien (qui par ses succès m'a montré les avantages de l'appareil de zinc), certains de ses dispositifs, mais mes appareils se rapprochent bien plus de ceux du chirurgien hollandais de Moy que des siens. J'ai substitué à la gouttière dont les bords s'écartent mal, des valves qui, à volonté, entourent toute la circonférence d'un membre ou la découvrent dans plus des quatre cinquièmes de son étendue. Les points d'appui multiples pris sur les articulations et les segments voisins permettent au chirurgien de mettre à découvert le foyer de la fracture, sans secousse, sans douleur et sans risque de nouveaux déplacements osseux.

Dans les fractures à grand chevauchement de l'humérus, j'emprunte à M. Hennequin son dispositif de point d'appui contre-extensif dans l'aisselle et par une traction sur le coude, dans un appareil trop long pour le membre, j'assure l'extension.

Pour la cuisse, les points d'appui contre-extensifs sont pris sur l'ischion, comme le faisait Raoult Deslonchamps et l'extension se pratique sur le pied dans un appareil trop long.

Grâce à ces appareils, le traitement consécutif peut être commencé de très bonne heure. Les valves entourant circulairement, le membre à la façon de deux mains et mieux qu'avec elles et fixant bien la fracture, on peut aisément faire exécuter des mouvements au pied, au genou, au poignet, au coude, à l'épaule.

Les valves étant déplissées au contraire et les points d'appui étant repris sur les segments voisins, la portion du membre qui correspond à la fracture peut être électrisée et massée aussi souvent et aussitôt que le veut le chirurgien.

Avec des appareils qui prennent des points d'appui aussi étendus, la contention directe et circulaire n'a pas besoin d'être assurée avec le degré de constriction qu'imposent, au contraire des appareils de dimensions plus circonscrites. La constriction est d'ordinaire très modérée — ce qui est un point essentiel à réaliser pour ne pas nuire à la circulation du membre et accentuer l'amyotrophie — et si la fracture est compliquée, en quelque point du membre que siège la plaie, celle-ci est d'un pansement très facile grâce au large déplissement des valves, ce que ne permettrait pas le système de Raoult Deslongchamps imaginé pour les fractures simples; les incisions que peut nécessiter l'infection

possible de la plaie se font sur un membre mis à découvert; l'imperméabilité de l'appareil autorise au besoin des lavages, et, quant à la contention du matériel de pansement, elle est assurée par la réapplication même des valves à surface régulière qui dispensent des tours de bande habituellement employés et dont l'adaptation se traduit, pour l'os brisé, par des secousses, la reproduction des déplacements et, pour le malade, par des douleurs.

Je n'aurai garde d'insister davantage sur la description d'un système d'appareils que j'ai déjà décrit ailleurs, dans mon *Traité de chirurgie de guerre* et que le *Traité des bandages* classique, de mon collègue Chavasse a repris et je me contenterai de rappeler qu'il m'a mis pour la très grande majorité des fractures que j'ai eu à traiter et chez lesquelles la réductibilité primitive était possible, à l'abri de cals volumineux, difformes et de raccourcissements notables.

Beaucoup de mes fracturés, surtout ceux de la jambe, avaient des cals à peine visibles, sans raccourcissement et j'ajoute que chez tous mes malades. en dépit de l'amovo-inamovibilité continuée pendant le temps normal de la consolidation des fractures, le résultat fonctionnel a été très satisfaisant.

S'il en a été ainsi, le mérite n'en doit pas être exclusivement rattaché à l'emploi de ce système d'appareil, mais aussi au soin mis à assurer le traitement consécutif, c'est-à-dire la deuxième partie de la tâche du chirurgien, l'une des plus importantes et de beaucoup la plus négligée.

Un principe a toujours guidé ma pratique et je ne saurais trop en affirmer ici la valeur, c'est de *ne jamais abandonner un fracturé à lui-même* avant d'avoir tiré *moi-même* du traitement complémentaire tout ce qu'il devait me fournir. En accord avec ce principe, je n'ai jamais envoyé un fracturé aux Etablissements d'eaux thermales bien que l'armée en possède et des mieux installés, parce que ce traitement complémentaire n'eût pas été continué là par le chirurgien qui avait assuré les premiers soins et qui avait le plus de souci de les compléter méthodiquement.

Si, à la levée de l'appareil, quelque articulation n'a pas toute sa mobilité, je *m'impose* de la lui donner *en une séance* et il est très rare que cette séance ait besoin d'être suivie d'autre chose que de séances d'assouplissement.

Je me range tout à fait, avec mon collègue Lucas-Championnière, dans le camp des ankylophobes. *Toute articulation enraidie doit être déraidie par le chirurgien lui-même et au plus tôt.* Abandonner le malade en pareil cas équivaut à transformer la raideur en ankylose. Les premiers mouvements sont douloureux, le malade s'arrête naturellement dès qu'il souffre, après avoir

imprimé à l'articulation un jeu insignifiant; chaque jour, il l'immobilise volontairement et quand au bout de quelques mois il revient vers le chirurgien le mal est fait et difficilement curable.

C'est à nous qu'il appartient de lui imposer, pour un instant, les douleurs inséparables mais passagères de la mobilisation de la jointure.

Mobilisation des articulations : Si pour la hanche et l'épaule, le coude et les doigts, je n'ai rien à dire de ces mouvements provoqués poursuivis d'une façon prudente, progressive, et poussés à fond seulement à partir du moment où la contraction musculaire de défense est épuisée pour éviter les déchirures musculaires, pour le poignet, le pied et le genou. je vous demanderai la permission d'insister en quelques mots sur ma façon de faire.

Je ne mobilise pas le *poignet* en saisissant la main et en lui imprimant des mouvements de flexion et d'extension comme la chose se fait d'habitude. On calcule mal l'effort à accomplir en agissant ainsi. Je trouve plus simple de saisir l'avant-bras près de son extrémité inférieure ou au niveau de la fracture, de fléchir à moitié le coude, puis d'imprimer des mouvements d'oscillation à la main. A ces mouvements d'abord légers, le malade oppose la contraction antagoniste de ses muscles, mais ceux-ci sont lassés au bout de quelques instants; le mouvement d'oscillation s'accuse, il est continué, séance tenante, par un aide, n'importe lequel, puisque l'acte à lui demander est élémentaire, enfin il est repris au besoin par le chirurgien. Bref, la mobilité de l'articulation radio-carpienne est, par ce moyen, acquise en quelques instants. Pour les séances ultérieures les mouvements de flexion et d'extension habituels suffisent ; j'ai pu ainsi mobiliser rapidement des articulations enraidies depuis de longs mois.

Pour le *pied*, après avoir par des mouvements de rotation rétabli le jeu de l'articulation astragalo-calcanéenne et par des mouvements de flexion et d'extension celui des articulations des orteils, je fais fixer solidement lajambe et la cuisse sur le lit, puis, appliquant la paume de la main sur la plante du pied, je cherche à le fléchir. Le malade résiste; je lasse la résistance de ses muscles en appuyant sur la plante d'une façon continue, sans jamais exercer de violence. Au bout de quelques secondes, les mouvements intermittents imprimés au pied par le malade témoignent de la lassitude de ses muscles, je fais appliquer sur le dos de ma main, successivement une deuxième, une troisième main d'aides vigoureux et, sans secousse comme sans violence, mais aussi sans arrêt, j'obtient la flexion totale.

L'extension complète n'a guère besoin d'être recherchée : la traction du tendon d'Achille, les dispositifs souvent vicieux de

nos appareils ayant permis au pied de prendre une position extensive au cours du traitement.

Pour le *genou* je fais élever *la cuisse à angle droit* sur le bassin et par deux mains de deux aides vigoureux entrelacées et appliquées contre la face postérieure de la cuisse vers sa partie moyenne je la maintiens dans sa position. Le malade raidit tout d'abord son genou, mais ses extenseurs étant insuffisants, au bout de quelques instants le genou se fléchit de lui-même, tombe jusqu'à l'angle droit.

A ce moment le chirurgien qui n'a pas à compter avec des muscles actifs accuse jusqu'à son degré extrême la flexion du membre d'une façon progressive mais assez rapide pour ne pas avoir à compter avec un retour offensif de la contraction musculaire.

La pression d'un doigt, une pression légère de la main sur la jambe suffisent habituellement pour compléter la flexion.

Les articulations étant déraidies le membre fracturé commence à fonctionner et il fonctionnera chaque jour d'une façon continue sous ma surveillance.

Pour les fractures du membre supérieur, je ne dédaigne pas, pendant les premières séances, en variant les exercices, les maniements, les soulèvements d'objets, d'assurer les mouvements de flexion, d'extension, d'abduction, de rotation.

Pour le membre inférieur, la ligne de conduite est bien spéciale et si je vous demande d'insister sur les détails qui vont suivre, c'est que chaque jour m'en démontre la valeur pratique.

Et d'abord, *je ne donne jamais de béquilles ou de béquillon à un fracturé du membre inférieur*. En effet, avec un peu d'exercice, la béquille ou le béquillon va chez lui remplacer le membre fracturé qu'il se gardera alors de faire fonctionner. D'ailleurs les flexion et extension du genou qui apportent des changements dans la longueur du membre ne sont possibles qu'avec un écartement, une obliquité variable de la béquille que le blessé n'apprend qu'à la longue et qu'il lui répugne même d'employer parce qu'ils nuisent à la solidité du point d'appui.

Notre malade est-il atteint d'une fracture de jambe? Sa marche pendant plus ou moins longtemps s'effectuera d'une façon vicieuse : le pied à plat, le membre étant porté en abduction et en rotation en dehors et cela dans le but instinctivement recherché de ne pas fléchir le cou-de-pied pour ne pas tirer sur les gastro-cnémiens rétractés et douloureux. Il faut imposer à ce malade d'exécuter une *marche dans la rectitude*; il faut surtout lui apprendre la marche *à pas égaux* qu'il a désapprise et à interrompre la marche

à pas inégaux qui peut se continuer indéfiniment si on n'y prend garde, se traduisant par une disgracieuse claudication.

Rien ne vaut dans ces cas, l'exercice qui consiste à imposer des pas de 65 à 70 centimètres, *de grands pas* sur un sol sur lequel ces longueurs sont tracées à la craie.

Quand le malade est pusillanime, que par le degré d'attention qu'il fixe sur ses muscles, il immobilise son pied d'une façon continue, *je ne le fais plus marcher*, je le fais *courir*.

Je le fais saisir par deux aides sous les aisselles et le fais courir pendant cinq à dix minutes rectifiant sa mauvaise attitude. Il court d'abord mal, mais bientôt et souvent son pied se déplisse, l'abduction cesse, l'attitude du membre pendant la course et la marche redevient normale.

Le genou se déplisse-t-il mal? Je réapprends le *pas physiologique* qui, avec la flexion du pied et le mouvement de pendule du membre inférieur en totalité comporte aussi la flexion du genou. Et encore ici, la *course* est d'un précieux secours.

Électrisation. — Tous ceux qui parlent du traitement complémentaire des fractures n'ont eu garde d'oublier de conseiller l'électrisation du membre fracturé, et cela en toute raison, car il n'est pas de meilleur moyen de combattre l'amyotrophie. Mais si nous passons du conseil à la pratique, nous constatons qu'il n'y a guère d'accord entre le premier et la seconde.

Nous pouvons les compter, les médecins, qui s'astreignent ou qui astreignent leur entourage à pratiquer, à un ou plutôt à deux jours d'intervalle, une vingtaine ou une trentaine de séances d'électrisation. La chose paraît fastidieuse sans doute; devrait-elle l'être puisqu'elle est utile et que la répétition du même acte utile, fût-il pour lui banal, est habituelle pour le praticien.

Mais ce n'est pas là la seule raison pour laquelle l'électrisation ne donne pas communément le résultat qu'on est en droit d'en attendre.

J'ai été longtemps en contact avec des élèves, avec de jeunes docteurs en médecine, souvent avec des praticiens aux connaissances éprouvées, eh bien, j'ai été toujours surpris du peu de méthode qu'ils apportaient à l'électrisation du membre.

La pose des réophores est très irrégulière et l'un, sans s'en rendre compte, obtient un courant descendant, l'autre un courant ascendant; le même opérateur dans la même séance utilise tantôt un courant ascendant ou un courant descendant; la dose d'électricité n'est ni en rapport avec l'épaisseur de la couche adipeuse à traverser, ni en rapport avec le degré d'amyotrophie et il est habituel ou de voir donner un courant si faible qu'il ne peut

réveiller l'activité musculaire, ou plus rarement — car le malade réagit — un courant si fort qu'il surmène le muscle.

Duchenne de Boulogne, dans son immortel ouvrage, a bien établi que le courant faradique, le plus employé, est surtout douloureux à deux moments, lors de l'application et lors de l'ablation des réophores et que la douleur est d'autant plus vive que le courant est plus intense. En dépit de ce précepte si important, rares sont ceux qui ont le soin de commencer par un courant faible, d'en augmenter progressivement l'intensité pour l'atténuer au minimum, dès que l'effet recherché a été produit. Le plus souvent, avec un courant quelconque, les réophores sont appliqués à intermittences très rapprochées sur des points quelconques des muscles. J'ai vu la chose se reproduire si souvent que j'avais pris l'habitude, lorsque j'avais des élèves à instruire, de leur faire découvrir l'avant-bras et de reproduire sur eux-mêmes ce mode d'électrisation *à secousses* avec un courant un peu intense. La sensation pénible éprouvée ne leur faisait plus oublier l'avantage du bon procédé, non douloureux.

Ces douleurs qu'il faut à tout prix limiter et qu'une application irrégulière détermine sont bien faites pour produire chez les malades une lassitude qui a déjà gagné le chirurgien peu convaincu de la si grande efficacité du moyen qu'il emploie. Cette lassitude ne se produit-elle pas souvent par l'abandon au malade de l'appareil électrique? On est sûr alors qu'il sera aussi inoffensif qu'inutile.

Tel est le tableau habituel et non chargé du mode d'application du courant électrique si précieux encore une fois pour remettre les muscles en valeur.

Avec des traitements complémentaires aussi imparfaits que ceux qui sont communément utilisés, avec l'oubli des obligations que le déraidissement des articulations et l'amyotrophie imposent au chirurgien, il n'est point étonnant que les résultats définitifs que nous constatons sur nos facturés soient si souvent défectueux.

Je résumerai cette longue communication en disant :

1° Aujourd'hui que la méthode radiographique précise et accuse la responsabilité des chirurgiens il paraît indiqué de redonner au traitement des fractures la part d'attention et de soins assidus qu'elles nécessitent;

2° Le traitement classique des fractures par l'immobilisation n'est pas passible de tous les reproches qu'on lui adresse. Souvent ces reproches devraient atteindre le chirurgien;

3° Il me semble bien préférable de rechercher l'immobilisation des fractures des diaphyses par les appareils amovo-inamovibles plutôt que par les appareils inamovibles.

Les premiers permettent une surveillance plus attentive, l'application de moyens propres à corriger des déformations intercurrentes; ils contiennent mieux le membre;

4° De ces appareils amovo-inamovibles, l'un des plus avantageux me paraît être un appareil de zinc, à valves entourant circulairement les segments musculaires, rétréci au niveau des articulations et présentant des dispositifs qui dans les fractures avec grands déplacements permettent l'extension. Il exerce une contention modérée mais suffisante, permet de la compléter localement par des tampons d'ouate tassés qui s'opposent à des déplacements latéraux des fragments, enfin il facilite, simplifie et rend inoffensive l'application des pansements dans les fractures compliquées de plaies;

5° La recherche de la forme n'est pas plus aujourd'hui qu'autrefois un but de minime importance, à dédaigner, par le chirurgien; elle n'est pas incompatible avec le maintien de la fonction du membre fracturé. Une fracture bien coaptée guérit vite et mieux qu'une fracture mal coaptée. Si une constriction énergique et anémiante compromet la formation du cal, elle n'est pas non plus nécessaire pour obtenir un cal régulier;

6° La recherche de la forme et de la longueur du membre doit être poursuivie chaque fois que la chose est possible;

7° Un traitement complémentaire insuffisant et trop tardif est la principale cause des résultats défavorables constatés à la suite du traitement des fractures des diaphyses;

8° Ce traitement complémentaire qui s'attache à atténuer l'amyotrophie et à maintenir la souplesse et la mobilité des articulations, peut être commencé bien avant la guérison de la fracture, en cours de traitement; il est complété après la consolidation.

Il n'est pas incompatible avec l'immobilisation et la contention des fragments. Il est facilité par l'emploi de l'appareil amovo-inamovible à valves que j'ai préconisé.

9° C'est une faute trop souvent commise, parfois irréparable, que d'abandonner un fracturé à lui-même avant que le traitement complémentaire, en particulier le massage et l'électisation, aient donné tout ce que ces moyens pouvaient fournir; avant que les articulations aient repris toute leur mobilité passive et active et, pour les fractures du membre inférieur, avant que la marche ait repris sa régularité;

10° L'usage des eaux thermales n'est qu'un traitement complémentaire de second ordre, un pis aller, auquel feraient bien de ne recourir que les chirurgiens trop occupés pour consacrer un temps suffisant à leurs fracturés, que les praticiens inexpérimentés ou les malades nerveux et pusillanimes.

De l'emploi de la radiographie dans les fractures.

M. Loison. — Je crains presque d'être indiscret, en venant prendre la parole, alors que je ne serai peut-être pas complètement en communion d'idées avec certains membres de cette Société qui non seulement pensent, mais disent hautement quelque mal de la radiographie et des radiographes.

La radiographie est une branche relativement nouvelle de la science, et comme telle elle a été exploitée dès le début et continue, semble-t-il, encore à l'être, par des gens qui, par leur absence de scrupule ou leur manque d'expérience, finiraient par la compromettre, si les médecins eux-mêmes ne voulaient pas se donner la peine de s'initier à sa pratique.

Sans remonter bien loin en arrière, rappelez-vous quels furent les débuts de la bactériologie. De quels méfaits ne l'a-t-on pas chargée dans les premiers temps? quels reproches ne lui a-t-on pas adressés? On aurait voulu qu'elle nous livrât immédiatement le secret de toutes les maladies, qu'un simple examen sur lamelle ou une culture pût nous permettre de poser un diagnostic certain.

De même que la saine raison a fait facilement justice de cette période de dénigrement en bactériologie, de même il en sera, je l'espère, pour la radiologie.

Mais pour en arriver là, il est nécessaire que nos illusions se dissipent, que nous sachions ce que la radiographie peut actuellement nous donner, et que nous apprenions à interpréter convenablement les réponses qu'elle nous fournit, lorsque nous lui posons des questions nettes.

Pour me borner à l'étude de la seule question des fractures actuellement soumise à vos discussions, voyons ce que nous pouvons espérer de la nouvelle méthode d'examen et si réellement elle tient ses promesses, en ce qui concerne les fractures diaphysaires des os de la jambe, dont il a été surtout question ici.

Nous faisons appel aux radiations de Rœntgen, à trois étapes distinctes de l'évolution d'une fracture :

1° Au début, pour confirmer le diagnostic de fracture, en reconnaître le type et savoir quelle est la position respective des fragments;

2° Nous leur demandons de contrôler le résultat de nos tentatives de réduction, et de nous indiquer si la coaptation obtenue est suffisante, je ne dis pas parfaite;

3° Après consolidation, nous avons intérêt à constater le résultat de l'œuvre de collaboration que nous avons entreprise avec

la nature et à voir si le cal est aussi régulier que nous étions en droit de l'espérer, d'après la variété de la fracture et d'après les conditions dans lesquelles nous nous sommes trouvés.

Depuis deux ans, nous avons eu l'occasion de radiographier trente-sept blessés atteints de fracture des deux os de la jambe ou du tibia seul; certains présentaient une fracture récente et d'autres, porteurs de cals d'ancienneté variable, provenaient d'hôpitaux militaires divers et avaient été évacués sur le Val-de-Grâce, pour subir un complément de traitement ou être réformés, suivant le cas.

Ce sont les différentes épreuves fournies par l'examen de ces divers malades que nous allons utiliser pour tenter de démontrer l'utilité de la radiographie.

1° Pour savoir si la radiographie satisfait à la première question que nous lui posons, je vais faire passer sous vos yeux une série d'images représentant des fractures diaphysaires radiographiées à leur entrée dans les services de blessés du Val-de-Grâce, soit avant, soit après l'application du premier appareil, ce qui rend plus faciles les manipulations du membre.

Ces épreuves, qui sont généralement prises dans deux plans réciproquement perpendiculaires, lorsque la conformation de la région s'y prête (et c'est le cas pour la jambe), permettent d'apprécier, aussi exactement qu'il est nécessaire, la forme des fragments et la variété du déplacement.

Il va sans dire que pour tirer convenablement parti des renseignements radiographiques, il faut toujours étudier soigneusement et comparer les deux épreuves prises dans deux plans perpendiculaires; si l'on procède ainsi, on ne risque pas de s'égarer, même en cherchant à interpréter des images telles que celles qui vous ont été présentées par M. Reynier, et pour l'obtention desquelles M. Contremoulins semble s'être complu à employer des positions de tube à dessein incorrectes.

Avec des fragments inférieurs fortement déplacés en arrière, comme c'était le cas dans la fracture expérimentale de jambe qu'il a étudiée, il est bien évident qu'une radiographie faite dans le plan sagittal vous montrera, soit un chevauchement, si le foyer lumineux est placé vis-à-vis le genou par exemple, soit un écartement, s'il est placé au niveau du cou-de-pied; en outre, le chevauchement ou l'écartement sembleront d'autant plus prononcés que le tube aura été placé plus près du membre examiné. Mais si vous comparez la radiographie prise dans le plan frontal avec l'une ou l'autre des précédentes, vous voyez immédiatement que les extrémités fragmentaires sont déplacées dans le sens

sagittal et vous pouvez affirmer qu'il n'y a pas le moindre chevauchement.

S'il existait, en même temps qu'un déplacement des fragments dans le sens sagittal, un déplacement frontal, vous pourriez également avoir sur cette dernière épreuve l'apparence du chevauchement ou de l'écartement, dans les positions vicieuses du tube de Crookes en deçà ou au delà du foyer de fracture.

Dans ces cas douteux, vous n'avez qu'à chercher cliniquement le siège de la fracture et faire tomber verticalement sur elle les rayons centraux émis par le focus de l'ampoule placée à distance convenable du membre. C'est ce que fait du reste généralement le chirurgien radiographe et en examinant les deux images obtenues dans des plans réciproquement perpendiculaires, il peut dire s'il existe du déplacement suivant l'épaisseur ou suivant la circonférence, ou de la déviation angulaire, avec ou sans chevauchement.

Si par hasard le lieu réel de la fracture ne peut être précisé, nous avons à notre disposition un moyen simple et exact de nous tirer d'embarras : commençons par examiner à l'écran le membre brisé, et déplaçons l'ampoule progressivement, en examinant successivement la face antérieure, je suppose, puis la face interne de la jambe. S'il n'y a pas chevauchement, nous trouverons forcément dans chaque opération le point où les fragments supérieurs et inférieurs ne se superposeront plus : marquons-le sur la peau d'un coup de crayon d'aniline, et prenons ensuite nos deux radiographies en centrant notre miroir sur ces points. L'écran fluorescent nous rend dans ce cas le même service que la glace dépolie au photographe.

Si, au contraire, il y a chevauchement réel, marquons le point où ce chevauchement est le moindre, dans l'un et dans l'autre plan, et prenons ensuite la radiographie. Mais, ainsi que l'a fait remarquer M. Hennequin, l'étendue réelle du chevauchement ne correspondra pas à celle que nous donnera la mensuration sur la plaque. L'on sait que pour une même fracture, sur différentes radiographies obtenues en projetant verticalement les rayons au centre de la solution de continuité, le membre et la plaque étant parallèles entre eux et placés perpendiculairement par rapport aux rayons, le degré apparent du chevauchement variera suivant les distances relatives de l'ampoule à la plaque et de l'os brisé à la plaque. Malgré tout, le chevauchement paraîtra toujours plus grand qu'il n'est réellement ; mais pour avoir sa longueur exacte nous pourrions employer une méthode géométrique analogue à celle qui vous a été indiquée par M. Hennequin, à condition que nous connaissions la distance des os à la plaque, ce qui n'est pas impos-

sible. Il nous suffit, en effet, pour déterminer cette distance, d'employer un procédé semblable à ceux que l'on utilise pour la recherche des corps étrangers dans les tissus, en prenant, par exemple, deux radiographies, avec deux poses successives, la plaque et le membre occupant la même situation, mais le tube étant déplacé latéralement pour la seconde épreuve.

Il est un autre moyen bien plus simple d'apprécier l'étendue d'un chevauchement dont l'existence a été démontrée certaine par l'emploi de l'écran : prenez sur la même plaque les deux jambes, depuis le genou jusqu'au cou-de-pied inclus, en plaçant le tube symétriquement par rapport aux deux membres ; vous pouvez mesurer alors exactement sur l'épreuve les longueurs comparatives des deux tibias et des deux péronés.

C'est particulièrement le déplacement angulaire qui pourra vous échapper, si vous n'opérez pas dans deux plans réciproquement perpendiculaires. Supposons que les fragments déviés fassent entre eux un angle ouvert en arrière : prenez une radiographie dans le plan sagittal, tout semble droit, mais si vous en obtenez une seconde dans le plan frontal, l'angle apparaît.

Après cette étude un peu longue sur les moyens de reconnaître la position respective des fragments, voyons ce que peut la radiographie pour la différenciation des divers types de fractures.

Elle nous permet de déceler certaines fractures incomplètes. J'ai eu ainsi l'occasion d'observer deux fois des fractures transversales incomplètes du tibia.

Les fissures irradiées autour d'une fracture par coup de feu se voient souvent très bien, mais voulant intentionnellement laisser de côté cette importante variété de fractures, je me borne à vous présenter un tibia fracturé et fissuré par un coup de pied de cheval.

En cas de solution de continuité complète de l'os, vous reconnaissez, en examinant les épreuves, s'il s'agit d'une fracture transversale, ou de l'une ou de l'autre des variétés de fracture oblique ; vous voyez également si le foyer est simple ou représente un type plus ou moins comminutif.

Enfin la radiographie nous rend des services appréciables pour le diagnostic des lésions osseuses par cause directe, par coup de pied de cheval, par exemple. Souvent on hésite cliniquement pour savoir si le tibia a été simplement contusionné, ou fracturé incomplètement par le choc, et même, en cas de dénudation périostée, la vue et le toucher ne peuvent pas toujours nous renseigner d'une façon certaine. Le fait suivant vient à l'appui de notre dire : dernièrement entre au Val-de-Grâce un cavalier atteint de contusion du tibia avec plaie, par coup de pied de cheval;

M. Nimier pense à l'existence probable d'une fracture incomplète. Je pratique la radiographie de la jambe recouverte d'un pansement à la gaze iodoformée et d'un appareil plâtré et ne constate aucune solution de continuité. Quelques jours plus tard, l'infection de la plaie nécessite la mise à nu du tibia dépériosté sur une certaine étendue; la vue et le toucher ne révèlent aucune fissure. Dans la suite survient de la tuméfaction au niveau du point osseux traumatisé; je reprends une radiographie, le membre à nu cette fois, et constate nettement l'existence d'une fracture transversale incomplète.

2° *Contrôle de la réduction.* — Après les manœuvres de réduction et de coaptation et l'application d'une gouttière plâtrée, ou d'un appareil à extension, la radiographie nous rend encore de précieux services, en nous permettant de tenter de chercher à obtenir mieux, si nous ne sommes pas complètement satisfaits du résultat. Ici également, il faut prendre deux épreuves dans deux plans réciproquement perpendiculaires.

Je dois avouer que, malgré tout le soin que nous apportons au Val-de-Grâce au traitement des fractures, nous sommes loin d'arriver à des résultats parfaits et les quelques épreuves que je vous soumets en font foi.

Soit avec la gouttière plâtrée, soit avec l'appareil de marche, soit avec l'excellent appareil à extension pour fracture de jambe, de Hennequin, la coaptation laisse toujours tant soit peu à désirer, surtout dans les fractures obliques, ainsi que nous pouvons en juger en cours de traitement et après la consolidation.

3° *Etude des cals obtenus.* — Sur la totalité des fractures complètes de la jambe ou du tibia seul, consolidées depuis un temps plus ou moins long, que j'ai eu l'occasion de radiographier, je n'ai rencontré que rarement un cal de forme à peu près parfaite, c'est-à-dire ne laissant subsister aucun déplacement.

Les autres variétés de cal observées peuvent se classer de la façon suivante, au point de vue de la direction réciproque des fragments :

a) *Cals en baïonnette*, résultant d'un déplacement suivant l'épaisseur, simple ou compliqué de chevauchement des fragments; ce sont les plus fréquents, je les ai observés dix-neuf fois.

b) *Cals avec chevauchement et rotation persistants.* — Je n'en possède que deux cas dans ma collection, dont l'un précisément, le plus typique, a été traité par l'appareil à extension de M. Hennequin.

c) *Cals angulaires.* — Les fragments dessinent un angle à sinus plus ou moins prononcé, situé dans le plan sagittal ou le plan frontal. J'ai constaté cinq fois ce cal vicieux.

Considérant les résultats fonctionnels obtenus chez les blessés présentant ces cals imparfaits, au point de vue de la forme, nous croyons pouvoir les résumer comme suit :

Le déplacement en baïonnette ne gêne en rien la marche, à moins que le chevauchement et le raccourcissement qui en résulte ne soient très prononcés, ce qui n'existait pas chez nos malades.

Le déplacement angulaire, soit dans le plan frontal, soit dans le plan sagittal, est moins favorable. La marche est gênée par suite des tiraillements qui se produisent sur les ligaments du cou-de-pied ou du genou. Les malades sont sujets aux entorses, aux hydarthroses et viennent réclamer le secours de la chirurgie. J'ai eu dans ces conditions deux fois à pratiquer l'ostéotomie, pour redresser et corriger, dans la limite du possible, ces cals angulaires. Après avoir reproduit la solution de continuité osseuse, j'ai maintenu les fragments en position favorable, au moyen d'une gouttière plâtrée, sans pratiquer de suture osseuse. Je vous montre les radiographies de ces deux jambes, avant et après l'intervention. Je profite de l'occasion pour signaler les inconvénients qui peuvent résulter de la suture ou de la ligature métallique des fragments. Les deux radiographies que je vous présente concernent un blessé ostéotomisé et suturé, pour cal vicieux, en avril 1894, par M. Delorme. Malgré la réunion des plaies cutanées par première intention, le malade élimina un des fils métalliques en mars 1895; depuis 1896, il eut, au niveau de la face interne de la jambe, une fistule qui passait par des alternatives variables d'ouverture et de fermeture. En janvier 1899, il entra au Val-de-Grâce pour cette fistule, qui persistait encore, mais ne voulut se soumettre à aucune intervention opératoire. C'est à ce moment que je le radiographiai.

La dernière déformation caractérisée par la rotation de la pointe du pied en dedans ou en dehors est également gênante pour la marche et les deux blessés dont nous avons parlé ont été réformés.

A propos des cals vicieux, une question incidente se pose; elle a été soulevée dans votre Société et mérite d'être examinée. Les cals vicieux, difformes, tels que nous les montre la radiographie, a-t-on dit, ne correspondent pas à la réalité.

Je pourrais, en me basant sur ma faible expérience, dire que jamais un cal jugé bon cliniquement ne m'a été montré mauvais par la radiographie; mais on pourrait m'objecter que la clinique et la radiographie m'ont trompé.

Aussi ai-je pris au musée du Val-de-Grâce, un peu au hasard, un type de cal nettement vicieux, un cal en baïonnette que j'ai reproduit suivant deux plans perpendiculaires par la photographie et par la radiographie, en prenant autant que possible les épreuves

en position sensiblement symétrique. En considérant les quatre images obtenues, vous pouvez voir que la photographie et la radiographie vous montrent la déformation sous des aspects identiques et que les figures sont presque superposables dans leurs grandes lignes.

Ceci me semble pouvoir permettre de dire qu'il est inutile, dans la généralité des cas, de demander au radiographe vous présentant une épreuve, dans quelle position de miroir et à quelle distance de la plaque il avait placé son tube de Crookes. Il n'y a pas plus de raison d'exiger ces renseignements du radiographe procédant correctement que du photographe opérant bien; vous n'allez pas en effet demander à ce dernier si la photographie qu'il vous présente a été prise dans des conditions telles que la plaque sensible, l'objectif et l'objet se trouvaient dans trois plans parallèles et à distance convenable l'un de l'autre !

En résumé, je pense :

1° Que la radiographie appliquée au diagnostic et au traitement des fractures rend de grands services au chirurgien qui sait interpréter convenablement ses réponses;

2° Qu'elle ne peut pas se substituer à la clinique et ne fait que lui venir en aide, en tant que moyen complémentaire de diagnostic et de contrôle;

3° Pour tirer tout le parti possible de la radiographie, il est bon d'être à la fois chirurgien et radiographe, de même que pour manier l'ophtalmoscope ou le laryngoscope et autres instruments physiques d'exploration, il ne suffit pas d'être physicien;

4° Si les blessés traités rationnellement et consciencieusement par un chirurgien vont ensuite s'adresser à n'importe quel radiographe qui opère mal sciemment ou par ignorance et leur montre des cals plus ou moins difformes, il n'y a qu'une réponse à faire; reprendre soi-même une ou plusieurs radiographies dans des conditions convenables et démontrer ainsi au malade qu'on l'a indignement exploité, ou abusé, si c'est le cas.

M. Tuffier. — Comme les radiographies de M. Loison ne seront point reproduites dans les Bulletins, je tiens à dire, afin qu'il en soit fait mention au procès-verbal, que ces radiographies sont en tout point conformes à celles que j'ai présentées ici moi-même.

Radiographie dans la périostite phlegmoneuse.

M. Maunoury. — Je ne comprends guère comment il est possible d'accuser la radiographie de fournir des renseignements

pouvant nous induire en erreur. Ces renseignements, comme d'ailleurs tous ceux qui sont donnés par les sens, ont évidemment besoin d'être interprétés; mais ici l'interprétation est si simple et si facile, qu'il semblerait vraiment puéril de trop insister sur le rapport qui existe entre les images obtenues et la réalité, quand on a placé d'une manière convenable le tube, le membre, et la plaque. Dans toutes les fractures que j'ai examinées, en prenant ces précautions, la radiographie m'a toujours paru le guide le plus sûr aussi bien pour établir le diagnostic que pour diriger et contrôler le traitement. Elle ne m'a jamais trompé sur la position et la dimension d'une esquille qu'il était utile d'enlever, et, quand les fragments chevauchaient, la mensuration du chevauchement sur l'épreuve radiographique m'a toujours donné, à quelques millimètres près, les mêmes résultats que la mensuration du membre.

J'apporte aujourd'hui à la Société de chirurgie un nouvel exemple et de l'exactitude rigoureuse de la radiographie, et de sa grande utilité dans une affection différente. Je veux parler de la périostite phlegmoneuse, ou plutôt des séquestres qui en sont la suite. La radiographie me paraît destinée à rendre les plus grands services au chirurgien en guidant sa main dans la recherche de ces séquestres, et en limitant au strict nécessaire la brèche à faire dans l'os.

Le 30 janvier dernier, on amena dans mon service à l'hôpital de Chartres une jeune fille de onze ans, présentant un vaste abcès de la face postérieure de la cuisse droite et consécutif à une périostite phlegmoneuse du fémur. Les antécédents étaient très nets à cet égard : Le 14 décembre 1899, choc léger sur le genou droit, le lendemain l'enfant sentit des crampes dans sa jambe et se mit à boiter ; le surlendemain, elle fut forcée de se mettre au lit avec douleurs vives, fièvre intense, délires, etc. Quand je la vis, les accidents généraux étaient très atténués, aussi je me bornai à ouvrir la collection purulente, ce qui me permit de voir que le fémur était dénudé dans ses deux tiers inférieurs.

J'attendis un peu avant de toucher à l'os. Le 7 mars, pensant qu'il était temps d'agir, je pus le radiographier. De face, je vis très nettement un séquestre à contour déchiqueté et de forme très spéciale, situé à dix centimètres environ au-dessus de l'interligne articulaire du genou, De profil, ce séquestre formait une lame de 3 à 4 centimètres d'épaisseur occupant la face postérieure du fémur. Au-dessus se trouvait une zone un peu plus claire indiquant des bourgeons charnus, mais à part l'épaississement de la couche périostique, le reste de l'os semblait sain. L'opération était donc toute tracée : je n'avais qu'à enlever ce séquestre superficiel dont la situation m'était montrée exactement. C'est

ce que j'ai fait avant-hier 19 mars de la manière la plus facile, et je vous apporte ce séquestre.

Vous voyez qu'il répond comme forme et comme épaisseur à ce que les épreuves radiographiques indiquent. Ses dimensions sont trés légèrement inférieures à celles qui se trouvent sur les épreuves. Par exemple, sa longueur réelle est de 5 cent. 5, tandis que sur l'épreuve elle est de 6 centimètres; cela devait être, puisque au moment où je radiographiais le membre, ce séquestre se trouvait à une certaine distance de la plaque, Mais vraiment cette différence de quelques millimètres ne peut être appelée une cause d'erreur, d'autant plus que nous savions d'avance qu'elle doit exister, la cuisse ayant une certaine épaisseur, et le fémur se trouvant par conséquent un peu éloigné de la plaque.

Un mot de technique en terminant.

Vous voyez des numéros sur ces épreuves. Ils sont radiographiés en même temps que le membre, en plaçant sur la plaque des chiffres en métal. M. Radiguet, à qui je me suis adressé pour les fabriquer, les a inclus dans de petites caisses de celluloïd qui les rendent plus maniables; il les a désignés sous le nom de radio-chiffres. C'est un moyen fort commode et que je vous recommande pour éviter de confondre les clichés et pour faciliter leur classement.

Présentation de malades.

Actinomycose temporo-faciale.

M. Guinard. — Je vous montre une malade que j'ai déjà présentée il y a un mois pour une actinomycose temporo-faciale. Elle a eu un abcès temporo-malaire que j'ai ouvert il y a trois semaines. Je ne lui ai pas donné d'iodure, mais de la levure de bière; elle va beaucoup mieux et peut maintenant ouvrir la bouche. Ses trois fistules se sont rapidement fermées. Elle a pris quatre cuillerées à café par jour de levure fraîche, et, sauf un peu de diarrhée, n'a éprouvé aucun accident. Je voudrais que ceux de nos collègues qui ont à traiter des actinomycoses expérimentassent de leur côté la levure de bière qui n'a jamais été, que je sache, employée en pareil cas.

M. Thiéry présente le *neuvième cas d'actinomycose temporo-maxillaire* observé par lui à Paris.

Appendicite perforante. Péritonite généralisée. Laparotomie. Guérison.

M. Ed. Schwartz. — J'ai l'honneur de vous présenter un jeune malade que j'ai soigné dans mon service, à l'hôpital Cochin, pour une péritonite généralisée consécutive à une appendicite perforante.

Ce n'est pas que ces cas soient exceptionnels. Je tiens à vous rapporter cette observation au point de vue de la rapidité d'évolution de la péritonite et de la bénignité apparente des symptômes qui la traduisaient; elle me paraît intéressante et instructive à ces deux points de vue.

Il s'agit d'un jeune garçon de dix-sept ans, qui, déjà en avril 1899 avait eu une crise de coliques, avec douleur surtout à droite, pour laquelle il était resté alité quelques jours. Depuis, de temps en temps, il souffrait à droite dans la fosse iliaque.

Le 23 janvier 1900, à 7 heures du matin, il est pris d'une violente douleur dans le même point et de vomissements. Cet état dure toute la journée. Le lendemain matin, à 5 heures, on lui donne un purgatif qui exaspère les symptômes, de telle sorte qu'on le transporte immédiatement à l'hôpital, où je le vois à 9 heures. Je le trouve avec le facies fatigué, un peu grippé, mais avec une température de 37°3 et un pouls à 70.

Ce qui me frappe immédiatement, c'est la mollesse de l'ondée sanguine; le pouls est régulier, mais la tension est très faible.

L'abdomen est rétracté en bateau avec une hyperesthésie telle de la peau au niveau de la fosse iliaque, que le malade a peine à supporter le contact des couvertures; la moindre pression détermine une défense musculaire très énergique. Point maximum de la douleur au siège indiqué par Mac Burney. Aucune émission de gaz par l'anus depuis hier. Je pose le diagnostic d'appendicite aiguë avec péritonite, et j'opère aussitôt. Ethérisation. Incision latérale droite de Max Schüller.

Le péritoine incisé, on tombe sur une collection purulente qui entoure l'appendice perforé à sa base; les parois du cæcum sont œdématiées et ont la consistance du carton; une seconde collection se trouve en arrière du cæcum et du côlon ascendant; une troisième remplit le petit bassin; elles sont vidées, lavées et drainées très largement; comme la paroi abdominale antérieure paraît libre et que du liquide vient par la pression du côté gauche, je fais une contre-ouverture à gauche, et draine aussi de ce côté, qui laisse écouler une certaine quantité de liquide purulent. Les anses intestinales grêles sont rouges, congestionnées; pas d'exsudats pseudo-membraneux.

L'opéré, reporté dans son lit, reçoit un litre de sérum artificiel sous la peau des cuisses.

Tout allait bien lorsque, le 26 janvier, il fut pris de vomissements porracés, avec extrémités froides, arythmie du cœur, pouls à 54. Température rectale, 38°3. Ces accidents d'allure si grave cèdent rapidement à une injection sous-cutanée de 300 gr. de sérum et à une injection hypodermique de sulfate de spartéine (0,10 centigr.).

Le 30 janvier, tout danger a disparu, et depuis, la convalescence s'est faite régulièrement.

Il s'agissait d'une appendicite aiguë folliculaire suppurée avec une escarre au niveau de l'insertion sur le cæcum.

Les deux points intéressants me paraissent être les suivants :

1° Voici un malade qui est pris d'appendicite aiguë le matin à 7 heures. Il avait très certainement une appendicite chronique, qui s'est perforée. En vingt-quatre heures, le péritoine présentait les collections purulentes multiples que nous avons signalées.

2° Malgré cela, la température axillaire était à 37°3, le pouls à 72; la péritonite ne se traduisait par aucun signe, si ce n'est l'hyperesthésie, la défense musculaire et la mollesse du pouls.

M. Michaux. — J'ai observé, depuis dix-huit mois, environ dix cas de péritonite généralisée, consécutive tant à des ulcères gastriques qu'à des perforations appendiculaires. Ces malades avaient des températures ne dépassant pas 37°2 ou 37°3, et le pouls restait aux environs de 80. Si l'on s'en était tenu aux caractères du pouls et de la température, on n'aurait jamais pu porter le diagnostic.

M. Delorme. — Je demanderai à mes collègues s'ils ont pris la température du matin et si l'ont comparée à celle du soir. Car ces malades qui ont 37°5 le soir ont 36°5 le matin; il y a donc dans ces cas une oscillation de 1° qui peut constituer de la fièvre.

M. Michaux. — J'ai pris la température à presque toutes les heures de la journée et n'ai jamais trouvé d'élévation.

M. Schwartz. — Je connais des cas semblables à ceux que vient de citer M. Michaux, mais ce qui m'a frappé chez mon malade, c'est le désaccord entre la gravité des lésions anatomiques et la bénignité apparente des symptômes fonctionnels.

Présentation de pièces.

Gangrène pulmonaire. Pneumotomie. Apparition de bacilles tuberculeux dans les crachats au cours du traitement. Guérison sans symptômes de tuberculose pulmonaire depuis un an.

M. TUFFIER. — Je vous présente une femme de trente ans, chez laquelle j'ai pratiqué il y a un an, le 25 février 1899, une pneumotomie pour une gangrène pulmonaire bien caractérisée et diagnostiquée. J'ouvris une vaste caverne pulmonaire et je réséquai 8 centimètres de poumon. Au cours du drainage qui fut fait avec des mèches, un drain et des courants de gaz oxygène, on constata des bacilles de Koch dans les sécrétions purulentes et dans les crachats. Or, cette femme a quitté mon service le 6 juillet 1899 parfaitement guérie, avec une fistule complètement fermée, et l'examen stéthoscopique et bactériologique le plus approfondi permettant d'écarter toute idée de tuberculose pulmonaire.

Je crois que la présence des bacilles tuberculeux dans les crachats, pendant les semaines qui suivirent l'opération, s'explique facilement. Il s'agit d'une bacillose consécutive à l'infection par l'air ambiant d'une caverne pulmonaire ouverte dans une grosse bronche, l'air arrivant par conséquent non filtré et chargé de bacilles. Ce cas, qui n'est pas le seul que j'aie observé, est intéressant en ce qu'il nous montre la possibilité d'une infection tuberculeuse secondaire transitoire qui pourrait tromper le chirurgien et lui faire croire qu'il est intervenu en réalité non pas comme dans le cas particulier, pour une gangrène pulmonaire, mais pour une tuberculose pulmonaire primitive. J'ai vu un fait absolument semblable dans un cas que j'ai opéré avec M. Fernet, et dans lequel on aurait pu croire également à de la tuberculose, alors qu'il s'agissait d'une gangrène nettement démontrée.

Présentation d'un ostéome de la région de la fosse iliaque externe et fessière droite développé autour de fragments de verre.

M. SCHWARTZ. — Il s'agit d'un homme de trente ans, sommelier, qui, il y a trois ans, est tombé d'une voiture dans une cour. Un clou fiché dans une planche pénètre dans la région de la fesse droite. Il en est retiré immédiatement et deux ou trois jours après, le blessé peut continuer à travailler. La plaie fut explorée au stylet et on ne trouva, paraît-il, aucun autre corps étranger. Elle guérit sans suppuration, à Middleseix hospital, à Londres.

Dix jours après, il a senti une gêne dans les mouvements de la cuisse, mais il a pu aller et venir et travailler.

Ce n'est que depuis trois semaines qu'il souffre beaucoup, et qu'il apparut une tuméfaction rougeâtre excessivement doulouloureuse à la moindre pression, même au contact.

En l'examinant, on constate la présence, au niveau de la région fessière et iliaque externe, d'une tumeur très dure s'enfonçant profondément dans les masses musculaires, surmontée d'une partie plus proéminente, comme pointue, recouverte de peau un peu vascularisée, et donnant lieu à un bruit de crépitation quand on essaie de la mobiliser, en même temps que le blessé accuse une très vive douleur qui rend l'exploration très difficile.

On pense à un ostéome développé à ce niveau, ou à un chondrome, peut-être à un corps étranger sans avoir aucune opinion sur sa nature.

En tout cas, l'ablation s'impose.

Elle est pratiquée le 18 janvier 1900.

Nous enlevons toute la masse avec la peau adhérente, et sommes obligé d'aller couper jusque dans le tendon du moyen fessier qui forme la limite inférieure de la tumeur.

Celle-ci est constituée par des masses osseuses très dures, se surmontant et s'intercalant ensemble, développées dans l'épaisseur des muscles fessiers. Quel n'est pas notre étonnement en fendant la tumeur à sa partie la plus superficielle, là où existait le maximum douloureux, d'y trouver enclavé comme dans un kyste, un fragment de verre de 2 centimètres environ de large sur 3 de long. On trouve plus profondément, entre deux masses osseuses articulées, deux fragments de verre plus petits, gros comme une lentille environ.

Les fragments de verre sont enkystés par le tissu fibreux, dense, épais. Les masses osseuses sont de l'os vrai, avec des lamelles disposées autour de canaux médullaires; au bord des lamelles, une couche d'ostéoblastes implantés perpendiculairement à elles.

Il s'agit de vrais ostéomes compacts, avec sclérose musculaire périphérique. (Examen par le professeur Cornil.)

Le Secrétaire annuel,

AD. JALAGUIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 28 MARS 1900

Présidence de M. RICHELOT

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

1° Une lettre de M. DELORME, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

2° Une lettre de M. NIMIER, qui se porte candidat au titre de membre titulaire de la Société ;

3° Une lettre de M. LEGUEU, qui se porte candidat au titre de membre titulaire de la Société ;

4° Un travail de M. le Dr DAMAS (de Valence) intitulé : *Note sur une lésion de la fosse iliaque droite à syndrome appendiculaire typique.* — Ce travail est renvoyé à une commission. — M. KIRMISSON, rapporteur ;

5° La thèse inaugurale de M. A. FRAIKIN (de Bordeaux) intitulée : *L'ovarite scléro-kystique.* — Ce travail est renvoyé à la commission du prix Duval ;

A propos de la correspondance.

M. SCHWARTZ dépose sur le bureau de la Société un travail de MM. IMBERT et LECUBRAU (de Montpellier) intitulé : *Pathogénie des grenouillettes.* — Ce travail est renvoyé à une commission : M. P. DELBET, rapporteur ;

M. PONCET. — Je présente, en mon nom et au nom de mon chef de clinique, le Dr DELORE, un traité de l'*urétrostomie périnéale dans les rétrécissements incurables de l'urètre ;*

Nous avons montré dans cet ouvrage que la création méthodique, au périnée, d'un méat contre nature est une opération simple, sans dangers, et que les résultats éloignés, qui datent pour un grand nombre d'opérés de plusieurs années, en sont excellents.

Les indications de la périnéostomie sont faites exclusivement des contre-indications des modes classiques de traitement : dilatation, urétrotomies, etc.

C'est une *opération d'absolue nécessité* qui ne s'adresse qu'aux rétrécissements incurables avec les moyens jusqu'ici employés. Elle est, aux sténoses rebelles, invétérées, récidivantes malgré tout, inguérissables, en un mot, de l'urètre, ce qu'est la cystostomie sus-pubienne de Poncet ou création d'un méat hypogastrique aux obstructions prostatiques qui ne sont pas justiciables du cathétérisme.

A l'occasion du procès-verbal.

Greffe de kystes hydatiques du foie dans le péritoine.

M. Broca. — Les souvenirs auxquels j'ai fait allusion dans la dernière séance étaient exacts. Le travail de Riemann, élève de Garré, a paru dans les *Beitr. zur klin. Chir.*, 1899, t. XXIV, fasc. 1. Je n'insiste pas sur les quatre faits cliniques, qui ne séduiront sans doute pas M. Potherat plus que les nôtres. Mais sur treize lapins et sur un chien, Riemann a injecté dans le péritoine du liquide hydatique frais, a implanté des vésicules hydatiques et des vésicules germinatives renfermant des scolex. Le liquide seul n'a aucun effet. Quant à l'implantation de vésicules filles, si un grand nombre de celles-ci périssent, d'autres se greffent, grossissent et sont même capables de former des vésicules filles. Ces expériences de Riemann confirment des recherches antérieures de von Alexinsky (*Arch. f. klin. Chir.*, 1898, t. LVI, p. 796). Cet auteur, ayant expérimenté sur six lapins et un mouton, a obtenu quatre résultats positifs sur le lapin.

M. Paul Reynier. — Dans l'intéressante communication que nous a faite M. Loison, je relève une phrase que je n'avais pas entendue; d'après lui, M. Contremoulins, pour obtenir les images que je vous ai présentées, se serait complu à employer des positions de tubes de Crookes, à dessein incorrects. M. Loison n'a pas regardé ces photographies attentivement, car il aurait vu

qu'on avait toujours, sauf dans une, placé le foyer de la lumière à une égale distance de la plaque (50 centimètres); que la normale, partant du tube, tombait toujours verticalement sur la plaque; qu'on n'avait fait que faire varier le foyer lumineux de place par rapport au siège de la fracture. Or, ces variations de position du foyer doivent répondre bien souvent à la pratique lorsqu'on ne se donne pas la peine de fixer par des points de repérage, la position du foyer lumineux par rapport au siège de la fracture; elles donnent cependant, comme vous avez vu, des différences très sensibles dans les images radiographiques ainsi prises.

Or, ce repérage peut se prendre assez facilement. Je vous ai dit d'après M. Contremoulins, comment il procède. Sur le châssis radiographique il place un repère métallique, qui donne la normale du tube à la plaque. Il prend une première photographie en plaçant, autant qu'il peut, le foyer lumineux bien directement au-dessus du siège de la fracture. Il tire ainsi une première plaque, et d'après elle, il fait s'il y a lieu une seconde plaque en tenant compte de l'indication fournie par la première photographie.

Ce procédé me paraît plus simple, et plus pratique que ceux indiqués par M. Loison, qui doivent à cause de leur complication, être rarement employés.

Je voudrais enfin qu'il soit bien établi, qu'en présentant ces photographies de M. Contremoulins, le seul but de ma communication a été de montrer qu'on doit accepter avec une certaine réserve les résultats donnés par les radiophotographies, qu'on nous présente sans nous dire dans quelles conditions elles ont été faites, et sans nous donner la preuve que toutes les précautions ont été prises pour éviter les causes d'erreur.

—

Communications

Tumeur gazeuse du cou,

par M. le Dr AIMÉ GUINARD.

Je viens d'observer une malade qui portait au cou une tumeur hydro-aérique. C'est la première fois que je voyais cette singulière affection et, comme les faits de cet ordre sont en somme assez rares, je crois qu'il est intéressant d'en noter ici tous les détails pour en tirer les conclusions qu'ils peuvent légitimer. Comme on va le voir, mon observation est tout à fait complète, puisque j'ai enlevé la poche dans sa totalité et que j'ai pu ainsi, grâce à l'obligeance de M. Gombault, avoir un examen histologique de tout premier ordre, accompagné d'un dessin.

Mme X..., âgée de trente-deux ans, habite la province et vient à Paris, chez ses parents, en novembre 1899. Elle consulte le Dr Pescher qui me l'amène pour une tumeur du cou augmentant de volume depuis six mois. A première vue, cette tumeur, qui a les dimensions d'une mandarine, ressemble à un ganglion tuberculeux du cou. Elle siège à droite dans le triangle sus-claviculaire. La peau est normale et sans adhérences avec la tumeur qui semble sortir de la profondeur entre le trapèze et le sterno-mastoïdien pour venir déborder en bas la région, en passant au-devant de la clavicule.

Je m'attendais à trouver à la palpation la consistance d'une masse ganglionnaire : mais je fus aussitôt frappé de ce fait que la tumeur était nettement fluctuante et semblait être constituée par une poche à moitié pleine. En l'examinant alors de plus près, je trouvai qu'elle était sonore à la percussion dans ses deux tiers supérieurs. Il y avait, en somme, du liquide et des gaz dans la poche, et, fait étrange, on n'arrivait pas à produire de bruit hydro-aérique, ou bruit de glou-glou, en secouant et en malaxant la tumeur. Dans la profondeur, la masse semble plutôt reposer en bas vers la clavicule, qu'elle déborde en avant. A ce niveau, elle est sous-cutanée et très superficielle. Pour trouver la fluctuation dans la partie inférieure de la tumeur, il fallait fixer et immobiliser cette tumeur dans ses deux tiers supérieurs : la palpation sans cette précaution ne donnait pas de sensation de résistance ni de fluctuation. De plus, malgré toutes les pressions possibles, on ne constatait à aucun moment qu'elle diminuât de volume et qu'il y eût même un semblant de réduction : et inversement il n'y avait ni augmentation de tension, ni accroissement de volume de la tumeur pendant que la malade faisait des efforts d'expiration. Il s'agissait, en somme, d'une tumeur hydro-aérique du cou sans communication avec les voies aériennes.

L'interrogatoire nous montre que Mme X... est d'une excellente santé habituelle. Elle a encore son père et sa mère, ainsi que son grand-père et sa grand'mère maternels. Pas de syphilis, pas de tuberculose. Elle a eu deux enfants : l'un, qui est mort, aurait dix ans, l'autre a douze ans. Elle vit dans son ménage et ne fait pas d'efforts habituellement : elle ne chante pas et ne crie pas. Elle n'a jamais eu aucun trouble du côté de la voix, même depuis l'apparition de sa tumeur. Elle n'a jamais eu de suffocation, jamais de crises d'asthme, jamais de troubles respiratoires.

Le seul antécédent qui nous intéresse est le suivant : elle a souvent des accès de migraine très violents, au cours desquels elle vomit en faisant des efforts extraordinaires. Il n'y a assurément pas d'autre cause possible à incriminer. Elle nous raconte

qu'il y a deux ans environ, pendant un de ces accès de migraine où elle faisait des efforts « à vomir le sang », elle dit tout à coup à son mari : « Quelque chose vient de craquer à l'intérieur. » Quelques jours après, une coiffeuse, en la parant, lui fit remarquer qu'elle avait « une boule au cou ». Cette « boule » était dure et mobile sous la peau; elle paraissait plus dure et plus tendue pendant les vomissements de la migraine. Elle est restée grosse comme un petit œuf pendant dix-huit mois. Mais depuis six mois, elle est plus molle et elle augmente progressivement de volume; c'est ce qui a déterminé la malade à venir consulter un médecin à Paris, où nous la trouvons dans l'état décrit plus haut.

Le 29 décembre 1899, je pratique l'ablation de cette tumeur. La malade étant chloroformée, la tête très renversée avec un billot sous les épaules, je fais une incision de 8 centimètres, parallèle au bord postérieur du sterno-mastoïdien droit, jusqu'à la clavicule. La poche est si mince que je la crève et qu'il s'en échappe bruyamment des gaz d'abord et ensuite un verre à bordeaux environ de liquide citrin, comme du liquide d'hydrocèle. La poche se décolle facilement des parties voisines et je l'extrais très aisément comme *une vessie natatoire de poisson*. Elle n'est reliée à la profondeur que par un tractus fibreux très mince et long de 4 à 5 centimètres qui se dirige en haut et en dedans « du côté de la trachée ».

Il reste une loge tapissée en arrière par l'omo-hyoïdien, en dedans par la jugulaire interne qui est énorme et dénudée sur 5 ou 6 centimètres de sa longueur; en arrière, on voit le trapèze et en dedans et en avant le sterno-mastoïdien. Je laisse un drain dans cette cavité, et en huit jours tout était terminé.

La poche kystique a été donnée intacte à M. Gombault qui m'a remis la note suivante :

« La membrane examinée sur des coupes a une épaisseur variable suivant les points, mais à peu près partout on distingue deux couches.

« 1° Une couche dense ayant beaucoup d'analogie comme structure avec le derme et formée par des faisceaux fibreux très cohérents. Cette couche présente à peu près partout la même épaisseur; partout aussi elle est plus mince que la seconde couche ; du côté de la surface, elle est limitée par un bord net.

« 2° Une couche, fibreuse comme la précédente, mais dans laquelle, les faisceaux fibreux sont plus lâchement unis. Ces faisceaux s'écartent d'autant plus que l'on s'éloigne de la première couche et entourent par places des amas cellulo-adipeux. Cette seconde couche renferme des vaisseaux et, de loin en loin, des amas de

cellules migratrices ; son épaisseur est très variable. Elle n'est pas limitée par un bord net.

« A la surface de la première couche, existe un revêtement formé de cellules disposées sur une seule rangée. Ces cellules sont plus larges que hautes et ne prennent jamais la forme cubique ou cylindrique. Elles ont un gros noyau bien coloré. Bien que le revêtement ne soit pas présent absolument sur toute la surface, la grande régularité qu'il affecte sur des étendues relativement importantes permet de le considérer comme étant continu.

« La surface revêtue d'épithélium est plissée, et ces plis sont sans doute d'origine purement mécanique ; mais elle présente en outre quelques expansions papilliformes qui ne s'expliquent plus de la même façon parce qu'elles sont trop volumineuses. On pent en compter deux ou trois sur une étendue d'un centimètre. Ces expansions sont, comme le reste de la paroi, constituées par un axe fibro-vasculaire et une couche superficielle plus dense revêtue d'épithélium. »

En somme, il n'y a pas là de cellules à cils vibratiles comme ur la muqueuse de la trachée, mais il faut bien souligner qu'il y a un revêtement cellulaire qu'on peut considérer comme continu, et de plus, qu'on trouve nombre de saillies papilliformes qui paraissent bien être des papilles vasculaires.

A l'occasion de cette observation, j'ai fait avec mon interne, M. Godineau, quelques études de bibliographie. Deux mémoires de premier ordre contiennent à peu près tous les faits publiés. D'abord l'important travail de L. H. Petit, publié en 1889 dans la *Revue de Chirurgie*. Il faut le lire dans le tirage à part, où un post-scriptum mentionne un mémoire de Madelung et des observations de Ledderhose et Lücke, de Bennett, de Rudinger, de Ehlers, de Luschka. En second lieu, la thèse de doctorat de Koutnik (*Thèse de Paris*, 1896), dans laquelle l'auteur relève des erreurs de traduction du mémoire de Petit. Quelques jours avant sa mort, L. H. Petit me disait que les rectifications de Koutnik étaient absolument exactes, et qu'il avait l'intention dans une note additionnelle de reconnaître qu'il avait été induit en erreur par son traducteur. En septembre 1889, il avait déjà publié dans l'*Union médicale* quelques observations nouvelles. En France, depuis cette époque, nous n'avons trouvé en dehors de la thèse de Koutnik, qu'une observation présentée par M. Lemaître, de Limoges, à la 19e session du Congrès pour l'avancement des sciences (1re partie, page 251). Tout récemment (décembre 1899), M. Lemaître m'écrit qu'il n'a pas observé d'autre cas analogue et que l'enfant qu'il a présenté au congrès de Limoges et qui a guéri

sans opération, a été perdu de vue. Je signale encore un article de M. Pantaloni, de Marseille, dans les *Archives provinciales de Chirurgie*, concernant trois cas inédits (septembre 1897, p. 525-544).

La lecture des observations publiées montre que les causes les plus variées peuvent produire les collections gazeuses du cou. On s'accorde à admettre qu'il y a toujours un effort, comme cause déterminante de l'aérocèle du cou. Mon observation vient encore à l'appui de cette manière de voir. Mais on dit aussi, et c'est là une des plus importantes conclusions de la thèse de Koutnik, qu'il y a toujours à l'origine une cause prédisposante, congénitale ou acquise. En d'autres termes, l'effort n'agirait que sur les sujets qui ont des diverticules anormaux des ventricules de Morgagni, ou des fistules trachéales incomplètes ou des arrêts de développement avec affaiblissement des parois trachéales, en un mot des dispositions anatomiques qui créent un point faible aux parois laryngo-trachéales (prédispositions congénitales) ou bien encore sur des malades chez lesquels un défaut de résistance du tronc aérien est dû, soit aux progrès de l'âge, soit à des ulcérations syphilitiques, tuberculeuses ou autres, soit à une paralysie trachéale, soit à des abcès ou à des kystes hydatiques du voisinage, soit à des plaies traumatiques, soit à la dilatation des glandes de la trachée, etc. (prédisposition acquise).

Eh bien, si, dans mon observation, je trouve un effort de vomissement marquant bien nettement le début du mal, je ne vois rien dans l'histoire de ma malade qui puisse donner à penser à une faiblesse de la paroi trachéale par une maladie antérieure quelconque. Faut-il donc dire qu'il y avait là une prédisposition anatomique congénitale ? Ce serait une pure hypothèse qui expliquerait la présence du revêtement muqueux de la poche, mais non l'éloignement de la trachée et l'absence de communication persistante avec les voies aériennes.

Je pense qu'il faut mettre ce fait à côté de ces cas de « pneumothorax par effort » que M. Galliard a si bien étudiés en en relevant trente-sept observations chez des sujets jeunes absolument sains. La trachée, chez ma malade, a pu céder en un point sous l'effort, comme les vésicules pulmonaires des « conscrits » de Galliard.

Reste à savoir pourquoi cet air s'est enkysté ici au lieu de se résorber. Sur les trente-sept malades cités par Galliard, trois sont morts et les trente-quatre autres ont guéri spontanément et très rapidement. M. Souques (*Journal des Praticiens*, 2 décembre 1899) cite un cas analogue où on ne pouvait incriminer ni la rupture d'un petit tubercule sous-pleural, ni aucune affection pulmonaire. — Je ne vois vraiment aucune hypothèse rationnelle à émettre

pour expliquer l'enkystement de l'épanchement gazeux du cou dans mon cas particulier.

Ce qu'il y a de certain, c'est que parfois on voit persister un certain temps dans le tissu cellulaire sous-cutané des poches aériennes, sans qu'on puisse en expliquer la raison. Récemment encore, j'ai vu avec mon ami Richardière un jeune homme chez qui, en faisant une injection hypodermique de sérum artificiel, on avait laissé pénétrer dans la peau un peu d'air. Le sérum fut rapidement résorbé et, pendant plus de huit jours, l'air formait sous la peau une petite zone d'emphysème qu'on déplaçait à volonté par la pression digitale. Il y a en somme des cas où l'air n'est pas résorbé et s'enkyste quand la région s'y prête. Je pense qu'il n'est pas besoin d'invoquer une disposition anatomique congénitale que jamais personne n'a vue.

Quant à la question thérapeutique, je n'y insiste pas. On a regardé longtemps ces tumeurs gazeuses du cou comme des *noli me tangere*. Actuellement, il ne saurait plus être question d'abstention et il est bien clair que l'ablation pure et simple est tout indiquée. C'est, d'ailleurs, la conduite que tous les chirurgiens tiennent depuis quelques années, et dans mon observation on peut voir que l'opération a été d'une simplicité extraordinaire.

M. Quénu. — M. Guinard a admis l'enkystement de l'air épanché dans le tissu cellulaire sous-cutané. Il faudrait démontrer la réalité de cette hypothèse par des expériences sur les animaux. Pour qu'on puisse dire qu'il y a enkystement, il ne suffit pas que l'air demeure; il faudrait démontrer la formation d'une membrane d'enkystement conjonctive ; cela n'est pas prouvé et semble contraire aux lois de la physiologie pathologique générale.

Quant à l'accident rapporté par M. Guinard, même chose est arrivée dans mon service, au cours d'une injection de sérum.

Il s'agissait d'un garçon de dix-sept à vingt ans, qui, dans une rixe de barrière, eut l'artère humérale et le nerf médian tranchés d'un coup de couteau. L'interne de garde fit la ligature de l'humérale et la suture du médian. La surveillante de nuit pratiqua une injection de sérum. Je dois dire que dans mon service, on n'emploie d'ordinaire que des appareils où le sérum s'écoule par l'action de la pesanteur. Ce jour-là, on se servit de l'appareil à pression avec poire. La surveillante, endormie à moitié, car il était une heure du matin, continua à comprimer la poire, bien que l'appareil fût vide. Elle injecta de l'air en grande quantité et produisit un emphysème généralisé, donnant lieu à des phénomènes de dyspnée considérables, le matin à ma visite. Je dus faire plusieurs incisions dans les creux sus-claviculaires, à la racine des

cuisses, et grâce à un massage méthodique, je parvins à faire sortir la plus grande partie de l'air infiltré; la respiration se rétablit rapidement. Au bout de cinq à six jours, le malade allait tout à fait bien, bien qu'il persistât encore çà et là dans son tissu cellulaire sous-cutané quelques foyers d'emphysème.

M. Monod. — M. Guinard a conclu à l'enkystement de l'air sorti par une rupture de la trachée. Je ferai remarquer que cet enkystement est, ici, trop parfait. La membrane qui le forme porte un épithélium et des papilles, elle ne saurait être adventice. Je crois à une membrane préformée, d'origine congénitale.

De la séparation complète du kyste et de la trachée on ne peut conclure que la communication n'ait pas existé à un certain moment, ainsi que cela se voit quelquefois pour les kystes dermoïdes d'origine branchiale.

M. Berger. — Je suis de l'avis de M. Monod, car l'hypothèse d'un enkystement consécutif ne se concilie pas avec l'existence d'une membrane kystique munie d'épithélium et de papilles.

Quant aux épanchements accidentels d'air dans le tissu cellulaire, j'en ai observé, moi aussi, des exemples, et je puis citer le fait d'une malade chez laquelle je voulais évacuer un kyste de la grande lèvre avec l'appareil Potain. Mon aide, au lieu de faire le vide, remplit d'air sous pression le flacon destiné à l'aspiration, et quand j'ouvris le robinet, cet air sous pression se précipita dans le kyste et le fit éclater : il en résulta un emphysème colossal.

Le lendemain, il n'y avait plus rien, et la malade est restée guérie de son kyste.

Quant aux goitres aériens et aérocèles du cou, je n'en ai observé qu'un cas; il s'agissait d'une tumeur latéro-thyroïdienne, suivant les mouvements du larynx et se dilatant par l'effort. Je l'ai considérée comme due au développement d'un diverticule anormal et congénital d'un ventricule du larynx.

M. Broca. — Je suis très heureux de voir que l'opinion soutenue par mon élève Koutnik, à propos d'un enfant que j'ai opéré, rallie ici la majorité des suffrages. Les formes épithéliales ne sont pas, je l'avoue, de ma compétence, mais je ne peux admettre sans diverticule préexistant d'origine congénitale, la formation d'une paroi semblable, avec derme et épithélium complet. M. Guinard tire, je crois, grand argument de l'absence de ciliation de l'épithélium. Autant que je m'y connaisse en histologie, je ne crois pas que la non-ciliation soit un caractère fondamental, indiquant d'une façon absolue l'indépendance originelle des voies aériennes. De cette ciliation ou non-ciliation, on a d'ailleurs tiré, à propos des

kystes congénitaux du cou, des conclusions aujourd'hui reconnues erronées.

M. Reclus. — Je demanderai à M. Guinard si, parmi les observations qu'il a étudiées, il ne s'en trouve pas dans lesquelles la guérison subite soit survenue spontanément. J'ai en effet observé un malade que j'ai suivi pendant un an et demi ; il portait une tumeur analogue à celle que vient de signaler M. Berger. L'aphonie était complète. Un jour, le malade revint me voir ayant retrouvé sa voix normale et ne présentant plus de tumeur ; la guérison s'est maintenue depuis deux ans et demi.

M. Pierre Delbet. — Il ne me semble pas qu'il y ait lieu de se diviser en deux camps adverses au sujet de la pathogénie de ces tumeurs gazeuses du cou, aérocèles, laryngocèles, trachéocèles. Si je me rappelle bien les mémoires de Madelung et de Ledderhose, qui ont certainement une dizaine d'années d'existence, ces auteurs n'ont pas eu l'intention d'opposer les deux théories auxquelles on vient de faire allusion.

Quoi qu'il en soit, je crois qu'on doit admettre actuellement deux variétés de ces tumeurs gazeuses. Les unes sont dues à la dilatation de diverticules préexistants, les autres à des ruptures des voies aériennes.

Je n'ai pas eu occasion d'observer d'aérocèles du premier groupe ; mais il me semble, comme à M. Monod, comme à M. Berger, comme à M. Broca, que le cas que notre collègue Guinard vient de nous communiquer doit y être délibérément rangé. Si l'on s'en rapporte à l'examen histologique qu'il nous a donné, cela n'est pas douteux. On a trouvé, en effet, dans la paroi de cette tumeur, non seulement un épithélium, mais un derme avec des formations papillaires. Cette paroi était donc une véritable muqueuse, et une muqueuse ne peut pas être de nouvelle formation.

Quant à l'absence de cils vibratiles sur les cellules épithéliales, je ne puis y attacher une grande importance. C'est chose fragile que les cils vibratiles. Il n'est pas toujours aisé de les voir là où ils existent. Ainsi sur la muqueuse utérine, il m'est arrivé souvent de les chercher sans les trouver. D'ailleurs, leur absence dans la tumeur en question ne saurait encore rien prouver. Guinard n'a pu trouver l'orifice de communication avec les voies aériennes. On ne sait donc pas exactement aux dépens de quelle partie elle s'est développée. Alors, qui nous empêche de supposer que le diverticule qui lui a donné naissance avait pour origine tel point du larynx qui normalement ne présente pas de cils vibratiles?

L'absence de cils vibratiles peut donc s'expliquer. C'est du reste un bien petit détail comparé au fait fondamental, c'est-à-dire la

présence d'une membrane muqueuse. Aussi je n'hésite pas à considérer la tumeur de Guinard comme due à la dilatation d'un diverticule préexistant du larynx ou de la trachée.

Si je n'ai pas rencontré d'aérocèle du premier groupe, j'en ai observé une du second groupe qui était fort intéressante.

Il s'agissait d'un malade, phtisique à un haut degré, qui présentait des lésions non seulement du poumon, mais aussi du larynx. Lorsque je le vis, sa trachéocèle était déjà ancienne et présentait des caractères très curieux.

Quand le malade était tranquille, il ne présentait, en apparence, rien d'anormal du côté du cou. Mais dès qu'il faisait un effort, la tumeur paraissait et il pouvait la produire à volonté en augmentant la pression dans ses voies aériennes. Il se prêtait malaisément à cet exercice qui lui causait d'assez vives douleurs. Mais il le fit pour moi, et j'eus l'impression que la tumeur pouvait grossir à l'infini. A chaque nouvel effort, on la voyait augmenter de volume. Elle était diffuse, sans limites précises; c'était, en quelque sorte, le cou tout entier qui se gonflait. Et cependant, il ne s'agissait pas d'emphysème. Nulle part, on ne pouvait produire la crépitation caractéristique de l'infiltration de l'air dans le tissu cellulaire. Je crois bien qu'au début, lorsque la perforation trachéale ou laryngienne s'était faite, il s'était produit de l'emphysème. Puis, peu à peu, le tissu cellulaire intermusculaire s'était laissé refouler, il s'était tassé, et une véritable poche s'était formée secondairement. Je ne puis affirmer qu'il ne restait pas dans cette cavité des tractus, des travées conjonctives, car je n'ai fait ni opération ni autopsie; il est même probable qu'il restait des cloisons plus ou moins irrégulières; mais ce que je puis affirmer, c'est que l'air pénétrait dans une poche et ne s'infiltrait pas bulle à bulle dans les cellules du tissu conjonctif normal, car, encore une fois, il n'y avait aucune crépitation emphysémateuse.

Comment s'était produite, dans ce cas, la perforation laryngo-trachéale? Il ne me semble pas douteux que c'était à la faveur d'une ulcération tuberculeuse. Je crois, du reste, que Madelung et Ledderhose ont constaté qu'il en est souvent ainsi.

En somme, il y a deux espèces de tumeurs gazeuses du cou. Les unes sont dues à la dilatation d'un diverticule préexistant du larynx ou de la trachée. Elle ne sont pas congénitales; c'est la disposition grâce à laquelle elles se produisent qui l'est. Les autres sont dues à la rupture des voies aériennes, et souvent cette rupture n'est pas vraiment traumatique. L'effort intervient non pas pour la produire, mais seulement pour l'activer. Elle est préparée par une altération de la paroi, une ulcération qui est souvent tuberculeuse.

M. Guinard. — Je ne tiens pas à la théorie. Le fait que je viens de citer est particulier, puisqu'il n'y avait aucune communication persistante avec la trachée. Ce qui m'a porté à conclure de ce fait qu'il n'y avait pas de diverticule préexistant, c'est justement que cette communication n'existait pas. Et dans les observations publiées jusqu'ici avec des dispositions anatomiques congénitales, il s'agissait d'enfants (cas de Broca et Koutnik), et, de plus, les tumeurs étaient plus ou moins réductibles, et la communication persistait. Enfin, la tumeur était accolée à la trachée ou au larynx.

Dans mon cas, la malade a trente-deux ans, et le filament qui reliait la tumeur à la trachée était insignifiant : de plus, le kyste aérien siégeait *très loin* de la trachée, puisqu'il débordait en bas la clavicule, en dehors du sterno-mastoïdien.

Voilà, selon moi, pourquoi on peut admettre qu'il s'agissait ici d'une rupture traumatique. Mais ce qui est plus important que la théorie, c'est le fait lui-même, et je suis disposé à me rallier à l'opinion de la majorité de la Société de Chirurgie.

Je répondrai à M. Reclus qu'il y a des cas de guérison spontanée, en particulier le cas de M. Lemaître, de Limoges, concernant un enfant qui a guéri sans opération.

Péritonite appendiculaire traitée par la cure radicale et l'ébouillantage,

par M. MOTY (de Lille).

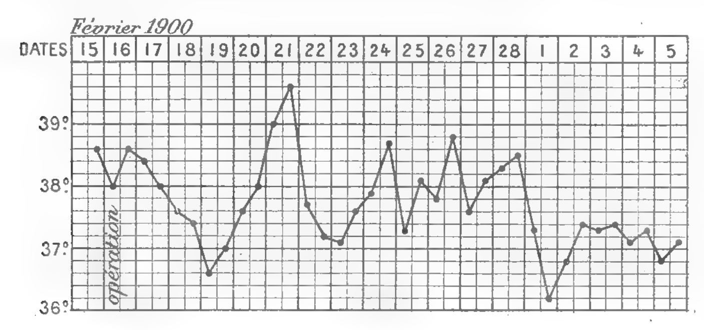
J'ai l'honneur de communiquer à la Société l'observation d'un cas de péritonite survenue au cours d'une première atteinte d'appendicite, et qui a nécessité l'intervention immédiate. L'ébouillantage des anses intestinales les plus congestionnées a permis d'obtenir une cicatrice équivalente à celle d'une réunion immédiate.

Voici cette observation :

G..., soldat au 43e régiment d'infanterie, entre dans la nuit du 15 au 16 février, évacué d'un fort avec un diagnostic indécis. Il a été pris le 12, sans aucun phénomène prémonitoire et sans cause appréciable, d'une violente douleur au flanc droit; les mouvements exaspèrent la douleur, il marche courbé en avant; la nuit suivante, vomissements; la douleur s'étend le lendemain à tout l'abdomen, le poids des couvertures est mal supporté, un purgatif amène une selle très petite; le mercredi, aggravation de l'état général : constipation, faiblesse, dyspepsie, vomissements, soif vive, douleur gravative au flanc droit. Le jeudi, il est évacué par voiture sur l'hôpital où il arrive entre 7 et 8 heures du soir.

La courbe ci-dessous indique les températures pendant le cours de la maladie. Le pouls, le 16 au matin, était petit, à 84, au moment de mon examen, mais la vivacité de la douleur au flanc droit et le facies anxieux du malade ne laissaient aucun doute sur l'urgence d'une intervention immédiate.

Le 16, à 10 heures et demie, chloroformisation, incision iliaque droite, à trois doigts en dedans de l'épine iliaque, intéressant successivement l'aponévrose du grand oblique et les plans musculo-aponévrotiques sous-jacents, ces derniers incisés plus en dedans, à l'imitation du procédé de Jalaguier; ouverture de la paroi et ouverture du péritoine après d'assez longues hésitations dues au dédoublement du fascia sous-péritonéal qui me fait croire un instant à des adhérences multiples du cæcum. L'incision complétée, on reconnaît qu'il n'existe aucune adhé-



rence, et, en écartant les anses congestionnées qui se présentent, on trouve sous le cæcum un appendice de 5 centimètres environ, turgescent ainsi que son méso, non perforé, mais de couleur rouge; on le résèque au thermocautère, après ligature de son méso et écrasement de sa base avec des pinces, et ligature double au catgut du point écrasé. On absterge le pus qui vient sourdre des replis péritonéaux voisins du foyer, en dégageant une odeur fécale très accusée. Une fois le péritoine desséché, je passe rapidement, sur les anses de l'intestin grêle les plus dilatées et les plus rouges qui avoisinent le foyer, des tampons de ouate montés sur pinces de Péan, trempés dans un récipient d'eau bouillante. Saisissant une des pinces, je passe rapidement le tampon sur l'anse, suivant son axe, et à plusieurs reprises; je renouvelle cette sorte de badigeonnage deux ou trois fois sur les anses les plus malades, en faisant reprendre par un aide, avec des tampons secs, l'eau qui se dépose sur l'anse en traitement, et je remarque que sous l'influence de cette eau très chaude, la coloration de l'intestin redevient presque normale en quinze ou vingt secondes.

Si bien que je me décide à réunir la paroi en laissant seulement un gros drain en rapport avec le foyer; pansement habituel sec au salicylate de bismuth. Il y avait quatre-vingt-seize pulsations à la fin de l'opération, le soir quatre-vingt-six; les injections de sérum n'ont pas paru nécessaires.

Le 18, changement du pansement imprégné de sang;

Le 23, première selle, mise en place d'un tube plein, étroit; le drain donne du pus d'odeur fécaloïde toujours assez accusée;

Le 25, ablation du deuxième drain;

Le 28, suppuration encore assez abondante; l'odeur fécaloïde est presque disparue;

Ablation des fils le 5 mars.

Dans la première quinzaine de ce mois, la suppuration se tarit rapidement, le trajet du drain se comble complètement, et le malade est présenté le 23 à la Société de médecine du Nord. Il est sorti le 25 de l'hôpital avec un congé de convalescence de deux mois et une paroi parfaitement résistante.

L'emplacement du drain infecté par le pus est resté fongueux pendant quelque temps, ce qui a nécessité trois ou quatre attouchements à la solution d'acide salicylique au dixième dans l'alcool.

Nous trouvant en présence d'une péritonite généralisée, à marche lente, nous avons réglé notre conduite sur les commémoratifs, la vivacité de la douleur abdominale et son étendue, l'arrêt des selles, l'expression anxieuse du facies et la faiblesse progressive; notre impression était que la mort était certaine et proche si l'on s'abstenait d'intervenir; la suite a montré qu'il en était bien ainsi.

J'emploie depuis longtemps l'ébouillantage pour déterminer les points d'adhérence des appendicites chroniques; c'est ce qui m'a amené à ne pas craindre d'ébouillanter directement et rapidement les anses intestinales atteintes; on sait que les lotions d'eau chaude maniable aux environs de 50 degrés paraissent insuffisantes dans les péritonites généralisées : j'ai donc été un peu plus loin.

Le cas était favorable, puisque le pouls n'était qu'à 84, mais je doute que sans l'ébouillantage j'eusse obtenu une réunion aussi satisfaisante et des suites aussi simples. Au point de vue de la température supportée par les tissus ébouillantés, j'ai constaté qu'un thermomètre reposant sur de la ouate humide à + 40 degrés et soumis au même traitement monte à + 70 degrés. L'élévation thermique momentanée n'est donc pas aussi considérable qu'on pourrait le croire.

M. Reclus. — J'ai publié il y a longtemps des observations démontrant les bons effets de l'eau très chaude sur les anses intestinales. J'ai observé en particulier en 1889 un homme qui, à la suite d'une plaie de l'abdomen par coup de couteau, présentait l'issue d'une anse intestinale de 70 à 80 centimètres de long. L'intestin était perforé et toute la surface rouge et déjà couverte de suppuration. Après avoir suturé la plaie intestinale, je projetai sur l'anse un jet d'eau à la température de 65°. Les phénomènes congestifs disparurent sous mes yeux. Cette anse fut rentrée et la guérison fut absolue.

M. Routier. — Je demanderai par quel mécanisme cet arrêt de la péritonite a pu se produire. Les physiologistes nous enseignent en effet qu'il faut au moins une température de 106 ou 110° pour détruire les microbes. Je crois que l'eau chaude dans les cas analogues à celui de M. Reclus n'agit que comme de l'eau propre.

M. Quénu. — L'emploi de l'eau chaude, pour laver les anses intestinales souillées, est à mon avis très bon, mais cette pratique est fort ancienne. Desprès l'employait autrefois dans toutes ses opérations de hernie étranglée qu'il guérissait souvent. MM. Brun et Marchant qui ont été comme moi ses internes, peuvent s'en souvenir. Je répondrai à M. Routier qu'il n'est pas nécessaire de stériliser complètement les anses intestinales; il suffit d'atténuer la virulence des germes qui les souillent; en même temps, la température de l'eau produit des phénomènes vaso-moteurs utiles.

M. Lucas-Championnière. — Comme on l'a dit, l'emploi de l'eau chaude n'est pas nouveau; j'emploie, en ce qui me concerne, pour laver les anses intestinales de l'eau phéniquée aussi chaude que mes doigts peuvent la supporter. Ce qui me paraît nouveau dans la communication de M. Moty, c'est l'emploi de l'eau portée à une température excessive.

M. Moty. — Je n'ai pas eu la prétention de stériliser la cavité péritonéale; j'ai simplement voulu favoriser la résistance du péritoine et activer la circulation. J'ai constaté que l'eau maniable à la main n'est pas assez chaude lorsqu'on a affaire à des cas de péritonite avec dépôt pseudo-membraneux et phymatoïde sur les anses intestinales.

M. Reclus. — L'eau chaude au-dessus de 50° est difficile à manier. Mais les physiologistes m'ont appris qu'à 60° elle produit des modifications très nettes du protoplasma.

Discussion

A propos de la radiographie dans les fractures.

M. Lucas-Championnière. — Après avoir présenté quelques commentaires sur la très intéressante communication de M. Tuffier, je pensais n'avoir pas à revenir sur cette question de la radiographie pour le cal des fractures parce que je n'avais fait que donner des observations très précises et peu de commentaires.

J'ai donc été quelque peu surpris de voir contester au moins

dans la forme les assertions que j'avais apportées. Je me permets de vous faire remarquer que ces contestations n'ont pu être faites qu'en m'attribuant des idées et des assertions essentiellement différentes de celles que j'avais apportées ici.

On m'a fait dire que peu importait la difformité d'un cal de fracture pour la fonction du membre.

J'avais dit que la difformité du cal était plus marquée que ne se le figuraient bien des chirurgiens, et je vois, d'après la discussion, que bien de nos collègues croient encore à l'impeccabilité du cal qu'ils ont obtenu par les procédés très laborieux.

Qu'ils fassent comme nous et qu'ils examinent attentivement et avec la radiographie bien faite et bien interprétée, et ils verront qu'ils se sont fait de grosses illusions sur la forme des cals.

J'ai dit que dans la déformation du membre les déformations qui n'intéressent pas la *direction* et qui ne *dévient* pas l'axe du membre sont relativement peu importantes. J'ai ajouté que, même au membre inférieur, le raccourcissement du membre n'avait que des inconvénients très relatifs. Cela ne veut pas dire que je ne m'occupe pas de la difformité.

M. Hennequin me fait dire qu'on ne boite pas avec 7 centimètres. S'il voulait bien relire ma communication, il verrait que j'ai rappelé le mot de Velpeau : on ne boite qu'à 7 centimètres du fait du raccourcissement. C'est là tout simplement le contraire de ce qu'il me fait dire.

M. Reynier annonce qu'il est tout à fait en désaccord avec moi, et que fait-il ? Il vous communique cette fort intéressante étude de M. Contremoulins qui n'est absolument que la mise sur épreuves visibles de tout ce que je vous avais annoncé.

Il a pris une fracture avec une déformation telle qu'on ne la trouverait pas dans la nature, et il vous a montré des épreuves dans lesquelles la juxtaposition des fragments paraît absolue tandis que d'autres épreuves montrent la difformité et tandis que d'autres encore l'exagèrent.

La démonstration est très frappante et vous avez bien fait de la publier dans vos Bulletins. Mais il aurait été peut-être juste d'ajouter que je vous avais indiqué tous les faits que cette démonstration par la pièce devait vous apporter.

Je suis donc sur ce point là tout à fait d'accord avec M. Reynier malgré tout ce qu'il vous a dit.

On me fait dire que je ne veux pas de la radiographie. Mais où ai-je jamais dit cela? Je vous ai dit que la radiographie était souvent mal faite et bien plus souvent encore mal interprétée.

Cela ne veut pas dire que je ne l'accepte pas bien faite et bien interprétée.

Je vous ferai remarquer encore que nous ne discutions pas à ce moment sur les *fractures*, mais sur l'étude des *cals*, ce qui n'est pas la même chose, et la discussion a dévié en s'étendant à certaines constatations d'un autre genre. Mais, même cette réserve faite, je mets au défi qui que ce soit d'entre vous de contredire tout ce que j'ai affirmé sur les inconvénients de la radiographie et sur la nécessité de connaître ces inconvénients pour être en défiance contre les erreurs qu'elle comporte. Cela ne veut diminuer aucun de ses mérites. La meilleure preuve, vous la trouverez certainement en considérant que M. Tuffier comme moi qui vous avons signalé ces défectuosités, nous avons étudié beaucoup plus de radiographies de fractures que beaucoup de nos collègues.

Qu'il soit donc bien entendu que je ne rejette pas du tout la radiographie dans l'étude des fractures; je suis très heureux d'un moyen d'étude très nouveau, mais j'estime que cette méthode ne saurait tenir lieu d'une bonne étude clinique : elle doit seulement la compléter et peut rendre de très grands services, à condition d'être analysée très attentivement par un chirurgien compétent.

Dans sa vulgarisation, la radiographie des fractures peut avoir pour le public ignorant beaucoup d'inconvénients. Je trouve que j'en ai assez dit sur ce sujet dans cette discussion. Mais je puis affirmer que bien des personnes qui ne croient pas à ces inconvénients auront des occasions de les ressentir.

Puis voici qu'une question incidente dans la discussion donne un élan tout particulier à la discussion du traitement des fractures. Je suis tout prêt à cette discussion, si on veut la faire, mais il me semble qu'elle ne peut se greffer bien complète sur la question de radiographie; aussi, je me contente de répondre en deux mots à la longue communication de M. Delorme :

M. Delorme répond par des théories sur le traitement des fractures aux faits que nous avons produits. Nous ne pouvons pas être d'accord. Il y a, dit-il, de grands principes de traitement par les appareils, et il n'imagine pas qu'il soit possible de s'y soustraire.

Mais j'affirme, par la production d'exemples, que, dans la plupart des cas de fractures du radius, de la clavicule, du péroné, des deux malléoles, de l'extrémité supérieure et inférieure de l'humérus, du coude, de l'olécrane et d'autres encore, pour lesquelles chacun a coutume d'employer des appareils, ces appareils sont inutiles et dangereux. Je dis que leur usage peut être remplacé par une pratique plus perfectionnée, fondée sur le massage et la mobilisation.

Cela ne veut pas dire que je ne me serve jamais d'appareil pour le traitement des fractures. J'ai dit précisément que pour les fractures après lesquelles se présente une tendance à la déforma-

tion, à la déviation de l'axe des membres, les appareils sont utiles et indispensables. Je n'ai même pas la répulsion de M. Delorme pour les appareils plâtrés inamovibles, que je considère comme d'excellentes ressources, surtout s'ils sont appliqués pendant la chloro-formisation.

J'estime que j'en obtiens, avec des soins, tout ce qu'il est nécessaire d'obtenir pour obvier aux déviations du membre.

Je ne critique pas autrement les appareils de M. Delorme. Je suis convaincu qu'il les applique avec beaucoup de soin. Mais je ne suis pas du tout convaincu que les cals qu'il obtient aient ce caractère irréprochable qu'il leur attribue. Qu'il veuille bien les examiner avec la radiographie, et il verra comme nous tous que lesdits cals, très utiles à ses malades, sont beaucoup plus déformés qu'il ne l'imagine.

Dans sa communication si pleine de faits, M. Loison n'est-il pas venu nous donner une confirmation complète de mes assertions? Il a examiné nombre de cals irréprochables pour la forme apparente et pour la fonction, et les cals en baïonnette avec raccourcissement out formé l'immense majorité de ceux qu'il a étudiés.

M. Loison a trouvé dans des examens multiples ce que j'avais trouvé, ce que M. Tuffier avait trouvé, et ce que M. Maunoury a encore affirmé tout récemment.

Les assertions de M. Delorme ne feront rien contre cela : ce sont des faits. Je ne doute pas de ses soins et de son talent pour le traitement des fractures, mais il n'y a aucune raison pour que les résultats qu'il obtient ne comportent les desiderata que je dénonce depuis si longtemps et que la radiographie vient de nous permettre de vérifier.

M. Delorme nous dit qu'il est d'accord avec moi dans son ankylophobie et me fait, sur ce point, des concessions. Or, *je ne veux pas de ces concessions*, parce que nos opinions et nos pratiques sont essentiellement dissemblables.

M. Delorme met des appareils là où je ne veux pas en mettre, et puis, après avoir *enraidi* ses fracturés par des appareils, il veut les *désenraidir*.

Or, c'est contre cette pratique que je proteste.

Le point capital, dans le traitement des fractures que j'ai inauguré, c'est de supprimer les appareils pour prévenir l'enraidissement.

En nombre de cas, la prétention de ces appareils pour la conservation de la forme est exagérée, mais leur intervention pour enraidir le membre est certaine.

Je veux que ce traitement secondaire auquel M. Delorme attache tant d'importance soit inutile.

J'ai même une autre raison capitale à lui opposer. La caractéristique du traitement que je préconise est de faire disparaître la douleur du traitement des fractures. Or, rien n'est plus douloureux au monde que ce désenraidissement brutal, sur les différents termes duquel M. Delorme a insisté.

Il est peut-être possible au régiment, et dans des conditions très spéciales. Mais en ville et même à l'hôpital, il est inapplicable. On pourrait en discuter l'efficacité. Mais comme j'estime qu'en toute circonstance toute douleur évitable doit être évitée, je ne saurais considérer comme un progrès une pratique aussi manifestement douloureuse que celle que M. Delorme invoque.

Je n'insiste pas, parce que je ne pense pas que nous puissions ainsi discuter le traitement des fractures, sans entrer dans de nombreux détails, qui feraient dévier la discussion. J'ai tenu à prendre la parole surtout pour qu'on voulût bien ne pas m'attribuer des opinions et des assertions qui ne sont pas miennes.

Je tiens la radiographie pour une précieuse ressource dans l'étude des fractures. Mais cette ressource ne vaut qu'à la condition que l'on connaisse les qualités et les défauts de l'instrument. Les communications de nos collègues, sans aucune exception, n'ont fait que confirmer les faits que j'avais exposés, et dont il faudra tenir compte dans toute étude des fractures et du cal avec et sans radiographie.

M. Tuffier. — Je remercie tous ceux qui ont bien voulu discuter ma communication sur la réduction des fractures, et je suis tout particulièrement satisfait d'avoir vu mes conclusions admises par plusieurs de nos collègues. La longue pratique de M. Lucas-Championnière, l'expérience radiographique toute spéciale de M. Loison qui nous donne les résultats des chirurgiens de l'armée, enfin l'opinion de M. Maunoury, qui depuis deux ans travaille cette question, constituent pour moi de précieux témoignages dont la valeur compense aisément le nombre.

L'intervention de M. Hennequin au cours de ce débat lui a donné une importance particulière. Je prendrai pour thème de ma réponse son argumentation, et cela autant pour rendre hommage à sa haute compétence et à sa courtoisie dans la discussion, que pour payer une dette de reconnaissance, vieille déjà de quelque vingt ans. C'est vous, M. Hennequin, qui m'avez montré avec tant de patience à appliquer votre appareil à extension continue, et je voudrais vous prouver, que si je ne suis pas un élève soumis, je n'en reste pas moins votre très reconnaissant.

Vidons d'abord une *querelle de mots*; vous avez eu une légère amertume en disant : « Je sais bien qu'actuellement, il est assez

dans les habitudes d'employer les adjectifs, parfait, excellent, prodigieux merveilleux, miraculeux pour désigner ce qui est bon, de même qu'en sens contraire, on traitera de fou, d'idiot, de crétin qui aura commis une simple maladresse. J'aurais quelques regrets de les voir s'acclimater dans le langage scientifique ». Je tiendrais beaucoup à ce qu'il soit bien convenu que cette critique est la seule qui ne s'adresse pas à moi dans votre discours, car je ne sache pas que j'aie fait tomber jamais de cette tribune une épithète désobligeante, personnelle, ou même discourtoise. C'est un fait que je désire bien préciser.

Le côté *scientifique* de la discussion est plus important. Je suis venu vous dire et j'ai essayé de vous prouver que je réduisais *insuffisamment les fractures*. J'ai été accueilli par une réprobation, dont la lecture de nos Bulletins ne donne aucune idée. Je prêtais le flanc, vous y avez bien lancé « en paroles » quelques traits, mais pas un de vous ni alors, ni depuis deux mois n'a pu apporter un fait contradictoire. Il était cependant bien simple et bien facile de refuter ma proposition, vous n'aviez qu'à montrer ici, je ne dis pas des fractures de l'épaule, du coude ou même du radius, ce serait trop demander, mais seulement une demi-douzaine de fractures de jambe, de ces fractures que M. Delorme regarde comme si faciles à surveiller, à soigner et à guérir, montrez-les moi bien coaptées, après avoir établi le chevauchement avant la réduction, et vous auriez justifié votre accueil. Si vous ne l'avez pas fait, c'est que vous n'avez pas pu le faire, et si je réduis incomplètement les fractures, vous ne faites pas mieux. Je ne puis m'expliquer autrement le silence absolu de vingt chirurgiens possédant des services hospitaliers où les fractures sont lésions quotidiennes; j'ai le droit même de m'étonner qu'aucun de nous n'ait eu l'idée, avant ma communication, de chercher quel était le résultat précis de nos réductions en matière de ruptures osseuses, d'engager une discussion sur les pseudarthroses, sans même avoir fait d'examen radiographique. Comment! vous me reprochez de ne pas avoir fait de mensurations, mais M. Hennequin, vous qui avez trouvé un appareil que, malgré votre horreur avérée pour les qualificatifs outranciers, je traiterai « d'excellent », comment, vous qui avez été notre maître à tous, et je suis certain, pour une fois, de n'être démenti par personne sur ce point, comment n'avez-vous pas cherché dans quelle mesure vous réduisiez les fractures? Pendant combien de temps votre appareil exerce-t-il ses tractions, quel est son effet pendant les premiers jours, pendant les premières semaines, quand cette extension cesse-t-elle d'être efficace, et il faut bien

qu'elle cesse pour que les os se consolident, combien de temps est-elle nécessaire? Toutes ces questions sont faciles à résoudre maintenant; vous m'excuserez d'être surpris que ce point scientifique ne vous ait pas suffisamment préoccupé.

Je ne crois pas que nous ayions fait de très grands progrès dans cette branche de la thérapeutique chirurgicale, je vous proposerai une explication à propos du final de votre discours où, comparant notre puissance chirurgicale à celle de nos devanciers, vous exaltez le pouvoir des appareils modernes sur la réparation idéale des fractures. Vous me permettrez sur ce point de ne pas partager votre optimisme. Je suis obligé de reviser en ce moment dans un tout autre but l'histoire rétrospective de nos instruments, et voici deux dessins que je soumets à votre appréciation; ils datent d'Hippocrate, et d'Oribase ; vous y verrez l'extension puissante et parallèle à l'axe de l'os appliquée à la réduction des fractures; faisons-nous mieux? Je veux le croire, mais sans grand orgueil. Vous représentez chez nous la doctrine de l'extension continue qui nous rend chaque jour de précieux services dans le traitement des fractures de cuisse; mais je crois que la perfection de votre appareil tient un peu à l'extension continue et beaucoup à un autre principe. Tous ceux qui ont tenté de réduire des fractures de cuisse ont eu le tort de vouloir agir sur le *fragment supérieur* court, dévié, et de tenter l'inutile *effort de remettre le fragment supérieur dans le prolongement du fragment inférieur*. Votre appareil a juste le principe inverse, et c'est le bon; vous prenez le *fragment inférieur* long, mobile, vous le mettez dans une abduction et une flexion légères, c'est-à-dire *dans le prolongement du fragment supérieur*; l'extension n'est qu'un accessoire et fait le reste. Cet avantage n'a certes pas dû vous échapper, mais il ne me paraît pas suffisamment en lumière dans vos travaux et est trop peu connu de nos collègues.

Je laisse cette digression pour arriver à votre argumentation directe. La radiographie démontrant que nos résultats sont défectueux, à vous qui les voulez parfaits, vous cherchez à prouver que c'est la radiographie qui s'est trompée, et tous vos efforts ont été dirigés vers cette démonstration. Vous allez jusqu'à me dire : « Vos résultats fonctionnels sont excellents parce que vos réductions sont bonnes. » Vous me défendez contre moi-même, je vous en suis très obligé, mais je refuse votre explication.

Voici comment les radiographies sont prises dans mon service, et cela d'une façon systématique. J'aurais peut-être dû vous l'indiquer pour éviter des digressions oiseuses, mais cette *technique* me paraissait s'imposer avec une telle évidence que j'étais

convaincu que vous l'appliquiez tous. Le siège de la fracture, s il est douteux, est recherché au radioscope. Ce point précisé, le membre inférieur, par exemple, est placé de façon que la source de lumière soit à 50 centimètres de la lésion, cette distance est constante ; la plaque sensible photographique est placée normalement par rapport à la fracture et à la source lumineuse. Deux épreuves sont prises dans ces conditions à 90 degrés, l'une de face, l'autre de profil. Je passe sur les dispositions spéciales à la racine des membres (bassin, clavicule). Lorsque la fracture est réduite et l'appareil placé, une nouvelle épreuve est prise dans les mêmes conditions, et si la réduction est imparfaite et qu'il soit nécessaire de tenter une nouvelle coaptation, de nouvelles radiographies sont faites; enfin, après la levée de l'appareil, on s'assure du maintien de la réduction, ce qui n'est pas toujours la règle. Il s'agit de savoir si dans ces conditions je suis victime d'une erreur radiographique, ou si vous-même n'êtes pas trompé par le désir immodéré de voir vos réductions parfaites.

Je sais très bien que les rayons X ne donnent qu'une ombre portée; les *déformations* de cette ombre sont-elles de nature à *infirmer les résultats*, et faut-il, comme vous l'avez fait, attacher une importance à ces radiographies bizarres qui vous ont été présentées, dont vous avez voté la reproduction sans même avoir vu la pièce originale? Je les connaissais depuis longtemps; elles m'ont été soumises et je n'ai pas voulu les prendre en considération, les regardant comme un amusement de lanterne magique ou des images vues dans un miroir concave. La question me semble facile à résoudre sans géométrie dont tout ce qui vous a été dit n'est pas scientifiquement exact. Ne pouvant vous amener ici un malade, voici l'expérience que j'ai réalisée. J'ai pris la jambe droite saine d'un cadavre et j'en ai fait deux radiographies (de face et de profil) dans les conditions ci-dessus : j'ai pratiqué ensuite une fracture de cette jambe et j'ai scellé ce membre dans le plâtre pour éviter tout mouvement, et j'ai fait une seconde épreuve dans les mêmes conditions; j'ai obtenu ainsi la *radiographie* de la lésion, puis, séance tenante, j'ai ouvert la fracture et je l'ai *photographiée*; enfin, j'ai pris au *compas* d'épaisseur la mesure des chevauchements, et je les ai reportés sur la radiographie. S'il existe une erreur, s'il existe une différence entre l'épreuve radiographique et la lésion, je suis certain de la trouver. Eh bien, voici les résultats d'ensemble (1), la radiographie donne environ *un millimètre d'écart* pour *un centimètre*. Vous avouerez que nous sommes bien loin de ce que

(1) Séance du 28 mars, pièce et radiographie présentées à la Société.

vous pensez et que nous pouvons regarder comme légitimes les données radiographiques bien prises, et je doute que la mensuration soit plus précise. D'ailleurs, ces conclusions m'étaient imposées par les fractures que j'avais dû suturer et qui m'ont démontré que la situation des fragments était bien celle que les radiographies indiquaient. Il est donc pour moi bien établi que les réductions insuffisantes que m'a fournies la radiographie sont bien dûment insuffisantes. Les résultats obtenus sont d'ailleurs comparables puisque les épreuves sont toujours prises dans les mêmes conditions; elles permettent en tout cas de suivre l'évolution du chevauchement.

Une autre considération beaucoup plus importante est tirée des résultats mêmes de la radiographie. Vous admettez tous que nous pouvons aller chercher dans les profondeurs du cerveau un petit projectile, et cela avec une précision mathématique, je vous en ai cité un exemple, et ce résultat est fourni par les rayons X. Comment admettez-vous d'un côté cette perfection, pour la nier quand il s'agit de fracture? Il est même assez plaisant de voir le même radiographe défendre les deux propositions contraires. Je crois qu'il a voulu seulement nous montrer que seul il possédait la science radiographique. Je n'insiste pas.

J'ai ajouté que les troubles fonctionnels n'étaient nullement en rapport avec les déformations osseuses. J'ai récolté une seule voix sur ce terrain, mais elle m'est précieuse, c'est celle de M. Lucas-Championnière. Si tous les malades qui ont un chevauchement osseux à la suite d'une fracture devaient présenter des troubles graves, nous ne verrions que des estropiés. Lorsque le chevauchement est très considérable, ces troubles existent, et je crois qu'il est bon de le réduire au minimum. Sur ce point, je me sépare de M. Lucas-Championnière, mais il n'est pas moins certain que l'état des muscles, des gaines tendineuses articulaires, des veines et des nerfs voisins joue un rôle considérable. Pour la fracture de la tête humérale, du coude, de la hanche, du poignet, du cou-de-pied, je crois que ce sont les lésions périosseuses qui jouent le principal rôle. Pour les fractures de jambe, pour la fracture oblique du tibia, pour la fracture du fémur, il en est autrement, la rectitude du membre et la réduction me paraissent nécessaires.

Vous m'avez reproché de ne pas avoir suivi mes malades; je récuse cet argument, car je cherche surtout en chirurgie les résultats éloignés. Je conseille même à mes collègues de se livrer à une enquête parallèle à celle que j'ai pu faire à Vincennes sur les fracturés. Cette maison de convalescence qui réunit en bloc les malades des différents services hospitaliers vous montrera bien

l'état de ces blessés et les résultats obtenus ; ils diminueront peut-être nos prétentions réductrices. L'enquête à longue portée n'a pas été faite par moi, mais il existe un document scientifique bien intéressant à cet égard, c'est celui de Mac Lane (1) qui a pris les résultats des différents chirurgiens de Londres, et qui arrive aux mêmes conclusions que moi.

Je crois que tout le monde profitera de cette discussion : les malades, qui seront mieux traités, les chirurgiens, qui traiteront mieux leurs fractures et qui seront moins exposés à se voir reprocher une coaptation défectueuse mais sans troubles fonctionnels. Enfin, elle aura mis nos collègues en mesure de discuter la première question posée au prochain congrès et pour laquelle nous nous trouvions, je crois, très insuffisamment préparés.

Du drainage dans les laparotomies pour inondation péritonéale.

M. Quénu. — Le rapport de M. Routier me donne l'occasion de communiquer une observation récente d'inondation péritonéale et d'émettre quelques réflexions à propos de la conduite à tenir vis-à-vis de l'épanchement sanguin intra-péritonéal.

Il s'agit d'une femme de trente-huit ans, apportée dans mon service le 10 février, à 5 heures du matin, dans l'état le plus grave. Voici les quelques rares renseignements qui nous étaient fournis à notre visite du 10, matin : un accouchement à terme, il y a quinze ans ; jamais de fausse couche.

Le 20 décembre dernier, cette femme vint à Paris pour se placer ; elle eut ses règles peu de temps après avec un retard de huit à dix jours, puis un peu après, elle se mit à perdre continuellement. Le 3 février, se sentant mal à l'aise, avec de l'inappétence, elle se purgea. Le vendredi 9 février, à 2 heures de l'après-midi, elle fut prise d'une violente douleur abdominale qui amena une syncope et fut suivie de vomissements. Absence de selles depuis la veille. Les médecins appelés diagnostiquèrent une occlusion intestinale et la firent transporter à l'hôpital.

Je la trouvai donc à l'hôpital Cochin exactement dix-neuf heures après le début de la crise syncopale : il nous fut facile de reconnaître l'absence d'occlusion à l'absence de météorisme et à l'aspect du facies qui était véritablement celui d'une hémorragique : pâleur extrême, refroidissement complet des membres, absence totale de pouls. Battements du cœur à 130. Température à 36°6. Le ventre était assez souple, peu douloureux, le toucher donnait

(1) Thèse de mon élève Dujarier. — Traitement sanglant des fractures de jambe, Paris, 1900.

des résultats peu nets : culs-de-sac douloureux et peu profonds, écoulement sanguinolent par le vagin.

Je portai le diagnostic d'hémorragie utérine due vraisemblablement à une rupture de grossesse tubaire et procédai immédiatement à une laparotomie médiane sur plan incliné, avec anesthésie par l'éther.

Le ventre ouvert, nous trouvâmes tout le petit bassin et les fosses iliaques, ainsi que l'hypogastre, remplis de caillots sanguins dont nous emplîmes plus de deux grandes cuvettes. La trompe droite était épaissie, déchirée, ouverte; il ne s'écoulait plus de sang par la déchirure tubaire, le sac était déshabité. La trompe et l'ovaire droit furent rapidement liés et réséqués, puis le reste des caillots enlevé avec des compresses, mais il restait au moins autant de liquide fortement coloré par le sang, et, quand nous abaissâmes le plan incliné, tout le petit bassin en fut rempli. Le plus gros fut épongé, puis je plaçai un gros drain dans l'extrémité inférieure de la plaie, désirant abréger le plus possible l'intervention, et je refermai le ventre.

La malade fut entourée de boules d'eau chaude, on pratiqua des injections de caféine et quatre litres de sérum artificiel sous la peau. Le pansement à la ouate de bois est refait le soir, il est imbibé de sérosité sanguinolente.

Le soir, température à 36°8. Pouls à 129.

Le lendemain, la température est, le matin, à 37°3; le soir, à 38°3.

1 litre de sérum; 600 grammes d'urine.

Le lendemain, 12, le pansement est sec; l'ensemencement du liquide intra-abdominal n'a pas cultivé; le drain est enlevé.

Température à 38°6 le matin, à 39°4 le soir.

Cette élévation de température est due à un peu de bronchite. On entend, en effet, aux deux bases, des râles secs, et la malade a quelque gêne respiratoire.

Ventouses sèches.

L'état général est meilleur; malgré cela, le pouls a baissé à 120 et est perceptible.

Urine, 1 litre. Aucun vomissement, ventre indolore.

Le 13 février, la température descend définitivement à 37°6, puis au-dessous de 37°, le pouls au-dessous de 100.

Le 20, on enlève les fils.

Le 12 mars, soit un mois après l'opération, la malade quitte l'hôpital en très bon état de santé, avec quelques couleurs aux joues et les paupières colorées, se sentant forte (bien qu'elle ait perdu au moins 4 litres de sang), et une cicatrice abdominale parfaite.

M. Routier, dans son rapport, a touché à plusieurs points et en particulier à la conduite à tenir vis-à-vis de la partie liquide de l'épanchement sanguin : Faut-il le laisser dans le ventre ou l'évacuer?

Les partisans de la non-évacuation considèrent ce sérum comme destiné à favoriser le relèvement de la malade; c'est, disent-ils, un sérum naturel qui se résorbera et évitera les injections de sérum artificiel. En outre, on gagne du temps en refermant vite le ventre sans s'occuper d'éponger le petit bassin.

Comme M. Routier, je combats cette manière de voir, et comme lui, partisan ancien et absolu de la *chirurgie sèche*, je préfère ne rien laisser dans le ventre ou tout au moins assurer l'évacuation du liquide qui s'y trouve.

Je ne crois pas du tout que le liquide sanguin, même aseptique, comme dans notre cas, exerce une action favorable sur l'organisme.

Je suis convaincu, au contraire, que l'état général grave que nous observons dans les hémorragies internes tient non seulement à la perte de sang, mais à l'action que ce sang exerce sur le péritoine, action réflexe d'abord, action toxique ensuite, parce que rapidement la matière colorante du sang cesse d'être vivante et subit des modifications chimiques qui en font une substance plutôt nuisible qu'utile.

Je ne veux pas rappeler les discussions qu'ont provoquées pour la première fois mes réflexions sur l'ascension de température qui accompagne certaines hémorragies, à propos d'une présentation de plaie de la rate par M. Peyrot, mais il en est résulté une opinion à peu près unanime sur l'action nocive des épanchements sanguins intra-abdominaux livrés à eux-mêmes.

Qu'on me permette encore de rappeler l'état grave dans lequel une hémorragie intra-péritonéale relativement minime, de 200 grammes par exemple, plonge quelques malades; la simple déperdition sanguine ne peut être imaginée comme explication.

Donc, qu'on envisage les phénomènes précoces qui sont d'ordre réflexe ou les phénomènes secondaires qui résultent d'une résorption de substances chimiques nocives, nous sommes d'accord, M. Routier, un grand nombre de nos collègues et moi, pour recommander l'évacuation aussi complète que possible du sang, l'assèchement du péritoine. Comme, d'autre part, il faut aller vite, il convient donc de compléter l'évacuation opératoire par une évacuation post-opératoire, il faut drainer.

Ici, je me sépare de M. Routier quand il a un mot d'éloge pour le drainage à la Mikulicz. Je suis tout à fait opposé à cette façon de faire que je considère comme un pis aller applicable à un très

petit nombre de cas. L'application de la gaze n'a raison d'être que pour faire de la compression sur une surface qui saigne en masse, alors qu'on ne peut pas arrêter le sang autrement, ce qui est bien exceptionnel. Ce pansement s'infecte aisément, oblige à maintenir une paroi abdominale plus ouverte, et enfin, reproche capital, draine mal. Quand on veut assurer l'écoulement des liquides, il n'est que de recourir aux tuyaux, au gros drain en caoutchouc, si bien toléré par le ventre, et qui draine si bien. Je ne lui reconnais aucun inconvénient, lorsqu'on ne prolonge pas son usage et qu'on le retire d'une façon précoce, au bout de trente-six ou quarante-huit heures; l'orifice se bouche et s'efface rapidement et ne laisse aucun point faible si on ne le laisse point s'infecter. J'aurais voulu vous montrer la paroi abdominale de ma malade : elle était pressée de partir et n'a pu attendre jusqu'à aujourd'hui.

Présentation de malades.

Tuméfaction de l'extrémité supérieure de l'humérus chez un enfant.

M. Pierre Delbet. — Messieurs, je vous serais très reconnaissant de me donner votre avis sur un cas qui me paraît difficile.

Il s'agit d'un enfant de trois ans et demi qui m'a été amené l'an dernier au mois d'août pour une luxation récidivante de l'épaule. Je vous pose le problème comme il m'a été posé. On m'a amené cet enfant en me disant qu'il avait des luxations fréquentes de l'épaule et en me demandant ce qu'il fallait faire pour les empêcher de se reproduire.

Voici l'observation aussi résumée que possible. L'enfant, bien constitué, n'ayant jamais rien présenté d'anormal, fit une chute en jouant le 15 mars 1898. Lorsqu'on le releva, l'épaule gauche était douloureuse et le bras impotent. Le médecin de la famille fut appelé, diagnostiqua une luxation, la réduisit et appliqua une écharpe. Au bout de vingt jours, le bras fut libéré, et, très vite, après quelques massages, l'enfant en recouvra l'usage intégral. Quatre mois après, le 13 juillet, le même accident se reproduisit, puis le 28 janvier et le 19 juillet 1899.

C'est après ce dernier accident que l'enfant me fut amené, vers le 20 août. A ce moment, l'intégrité fonctionnelle était complète. Il n'y avait aucune limitation des mouvements, aucune atrophie musculaire; l'enfant se servait de son bras gauche aussi bien que du droit.

Cependant la tête humérale n'était pas à sa place normale. Elle était déplacée légèrement en avant, occupant la situation qu'elle

a souvent dans les cas de luxations sous-capsulo-périostées. Il suffisait d'ailleurs d'une légère pression pour la faire rentrer dans la glène, mais dès qu'on cessait la pression, elle reprenait sa position vicieuse.

En palpant l'extrémité supérieure de l'humérus, je constatai qu'elle était notablement augmentée de volume. Je pensai que cette augmentation de volume pouvait être consécutive à des arrachements musculaires ou des décollements périostiques produits au cours de ces luxations multiples, mais, pour plus de sûreté, je demandai une radiographie.

Voici l'excellente épreuve qui a été faite alors par le Dr Dagincourt. Vous voyez que la partie supérieure de l'humérus, plus du tiers, est triplée de volume. Quand je dis extrémité supérieure, il faut s'entendre. L'épiphyse ne présente aucune altération; elle a la même forme et les mêmes dimensions que celle du côté sain. L'augmentation de volume porte sur la diaphyse. Celle-ci est renflée en massue, de manière à former une volumineuse tumeur qui commence un peu au-dessus de la partie moyenne de l'humérus par un élargissement progressif de l'os et se termine brusquement au niveau du cartilage de conjugaison. La masse est entourée d'une mince coque de tissu compact, et dans son épaisseur, demi-transparente aux rayons de Rœntgen, on distingue quelques lignes plus sombres irrégulièrement entrecroisées.

En voyant cette épreuve, je fus très surpris. L'idée de productions osseuses consécutives à des arrachements musculaires, à des décollements périostiques, me parut insoutenable. Je vous laisse à penser toutes les hypothèses que je fis, sarcome, kyste hydatique, syphilis, forme de tuberculose rappelant le spina ventosa, etc.

Je surveillai l'enfant, et, à tout hasard, un traitement antisyphilitique fut institué par notre collègue Gilbert.

Le 16 février 1900, l'enfant a eu un nouvel accident moins grave que les précédents, en ce sens qu'il paraît avoir été moins douloureux. Je n'ai assisté ni à ce dernier accident ni aux autres. Je n'ai donc constaté moi-même aucune des luxations; je me borne à vous répéter ce qui m'a été dit. Je n'ai d'ailleurs aucune raison de suspecter le diagnostic de luxation qui a été fait, bien que les déplacements articulaires de l'épaule soient rares à cet âge.

En tout cas, aujourd'hui comme l'an dernier, il existe un déplacement permanent de l'humérus dont la tête est en subluxation. Une légère pression la remet en place, mais elle reprend aussitôt sa position vicieuse.

J'ai fait des mensurations soignées au compas, et je puis affirmer que l'humérus est raccourci d'un centimètre et demi. Il

est de plus légèrement incurvé en avant. Mais il n'existe aucune atrophie musculaire, aucun trouble fonctionnel.

Une nouvelle radiographie a été faite il y a quelques jours. Ses résultats sont à peu près identiques à ceux de la première. La tumeur a conservé le même volume. On voit dans son épaisseur moins de travées sombres, mais cela peut tenir à ce que l'épreuve est un peu moins bonne que celle qui avait été faite par M. Dagincourt.

En somme, le traitement spécifique n'ayant donné aucun résultat, on peut éliminer la syphilis. Je crois qu'on peut éliminer aussi l'hypothèse de sarcome, car une tumeur maligne, surtout chez un enfant, ne reste pas stationnaire pendant sept mois. Mais il reste encore place pour un assez grand nombre d'hypothèses entre lesquelles j'hésite. Aussi, je le répète, je serai très reconnaissant à ceux de mes collègues qui voudront bien me donner leur avis.

M. Jalaguier. — Je viens d'examiner le malade de M. Delbet avec M. Broca, et nous sommes tous les deux d'avis qu'il s'agit d'une fracture itérative sous-périostée avec gros cal.

J'ajoute, pour ma part, que je crois qu'il s'est agi d'une fracture au voisinage de l'épiphyse et qu'il y a là non seulement un cal, mais une exostose ostéogénique en quelque sorte périphérique produite par une exagération du travail ostéogénique du périoste décollé. Il est possible qu'il y ait, outre le tissu spongieux de l'exostose une couche de tissu cartilagineux. Ces exostoses de croissance ont été, en effet, appelées autrefois exostoses cartilagineuses. Dans tous les cas, cette tuméfaction me paraît essentiellement bénigne et je suis d'avis de n'y pas toucher. Si elle devenait gênante par son volume, on pourrait l'abraser, mais je ne crois pas qu'il y ait lieu d'intervenir d'une façon plus radicale.

M. Routier. — J'ai examiné le petit malade que nous présente M. Delbet, et suis convaincu qu'il s'agit d'une fracture de l'humérus, qui précisément parce qu'elle n'a pas été reconnue et soignée dès le début, a fait un cal vicieux, avec productions osseuses périphériques.

On peut affirmer, rien que par les notions que nous fournit la palpation, qu'il ne s'agit certainement pas d'une tumeur maligne.

Ce cas me rappelle celui d'un jeune collégien de treize ans, qui me fut amené pour une tuméfaction du thorax, consécutive à un léger traumatisme qu'il avait reçu trois mois auparavant. Je crus à un abcès froid costal, et proposai une intervention qui fut acceptée.

Au lieu d'un abcès, je trouvai une masse de tissu spongieux qui entourait largement les deux extrémités de la côte fracturée. J'enlevai tout ce tissu osseux de nouvelle formation ; les deux bouts de la côte nettoyés, se soudèrent et il guérit sans cal exubérant.

Un an après, cet enfant me fut ramené : cette fois, il s'était heurté la clavicule contre une porte, un mois avant, il avait un peu de douleur, et sur cette clavicule s'était développée une tuméfaction comme une demi-orange. C'était tout à fait comme pour la côte; j'ouvris le foyer, je grattai la masse de tissu spongieux, je trouvai la clavicule fracturée; je suturai le périoste, et la consolidation se fit à merveille sans cal exubérant.

Pour moi, la tumeur du bras de l'enfant présenté par mon ami Delbet, est un cal vicieux.

M. Kirmisson. — Comme mes collègues, je crois à une fracture. Ce fait me rappelle l'histoire d'un nouveau-né que j'ai vu il y a trois ans avec une tumeur de l'humérus qui me parut être un ostéo-sarcome; or, l'enfant s'est parfaitement bien développé et la tumeur a disparu. J'apporterai du reste les radiographies dans la prochaine séance.

M. Quénu. — Je pense à une fracture. La tuméfaction n'est pas absolument périphérique, elle forme une sorte de crête cylindrique qui a la consistance d'une exostose et non d'un sarcome; on n'y trouve ni vascularisation exagérée, ni point ramolli, ni crépitation parcheminée. Enfin, cette tuméfaction n'a pas bougé depuis près de deux ans. J'élimine donc l'idée de néoplasme malin, et je crois à une production osseuse sous-périostique.

M. Brun. — Mon impression est qu'il s'agit d'une fracture de l'extrémité supérieure de la diaphyse humérale et je ferai remarquer que nous voyons très souvent dans les fractures de la clavicule chez les enfants des cals d'un volume très exagéré.

M. Walther. — Je crois aussi qu'il s'agit d'un décollement de l'épiphyse supérieure de l'humérus avec formation consécutive d'une périostose très volumineuse. Cette production exubérante de tissu osseux s'explique facilement par l'étendue souvent considérable du décollement périostique qui accompagne la disjonction de l'épiphyse.

Dans trois cas j'ai dû intervenir pour des décollements épiphysaires avec déplacement irréductible du fragment inférieur. Deux fois la lésion était récente, le décollement périostique très étendu

Chez le petit malade de M. Delbet, il y a peut-être en même temps arrachement partiel des insertions de la capsule, ce qui expliquerait cette tendance au déplacement de la tête humérale en avant.

M. Pierre Delbet. — Je vous remercie, Messieurs, d'avoir bien voulu examiner mon malade et me donner votre opinion. Cette consultation me paraît d'autant plus intéressante que les avis exprimés sont presque parfaitement concordants. Je serais après cela pleinement rassuré sur l'avenir de mon malade si M. Poncet ne m'avait déclaré au cours de la séance qu'il s'agit certainement d'une tumeur à myéloplaxes et qu'il faut faire l'évidement de toute la partie supérieure de l'humérus.

En tout cas, la lésion étant stationnaire depuis sept mois, j'attendrai en surveillant le malade.

Ostéome du coude.

M. Nimier. — Je vous présente un malade atteint d'*ostéome du coude*, consécutif à une luxation.

M. Kirmisson. — Je ferai remarquer combien la production osseuse observée chez ce jeune homme se rapproche de celle que nous observons chez le malade de M. Delbet et montre la facilité des productions osseuses chez les jeunes sujets.

M. Pierre Delbet. — La formation osseuse qui existe chez le malade de M. Nimier correspond exactement à ce que Cruveilhier et Malgaigne ont observé. C'est la production osseuse la plus fréquente à la suite des luxations du coude. Dans un mémoire que j'ai communiqué à la Société anatomique en 1890, je l'ai appelée « plaque antérieure » et j'ai cherché à expliquer son mode de formation en m'appuyant sur des pièces expérimentales.

Lorsqu'on produit sur le cadavre des luxations du coude en arrière, on constate que, dans la majorité des cas, la partie antérieure de la capsule arrache un lambeau de périoste ou même un fragment osseux de l'apophyse coronoïde. Je pense que c'est ce lambeau périostique ou ostéo-périostique qui devient l'origine de la plaque osseuse en question.

M. Nimier. — J'ai opéré plusieurs cas de ce genre et ai constaté que, dans tous les cas, sauf dans le dernier que je vous ai pré-

senté ici, en aucun point il n'y avait de continuité avec l'os. Ces ostéomes sont partout entourés de fibres musculaires.

M. Pierre Delbet. — Je vois que je me suis mal expliqué et mal fait comprendre. Ce lambeau osseux ou périostique arraché est très loin de l'os d'où il provient tant que la luxation persiste. Lorsqu'on pratique la réduction, il n'y a aucune raison formelle pour que ce lambeau reprenne son rapport intime avec le cubitus : il peut très bien en rester à distance. Aussi n'y a-t-il rien d'étonnant à ce que la plaque osseuse soit plus tard indépendante du squelette. Il y a d'ailleurs des cas où elle est fixée au cubitus.

En tout cas, voici deux faits précis et indiscutables. Dans les luxations du coude, il y a très souvent un arrachement ostéo-périostique au niveau de l'apophyse coronoïde, et c'est dans la région du brachial antérieur. D'autre part, c'est dans cette région qu'on observe le plus souvent la formation d'ostéomes. Il m'a semblé et il me semble encore que ces deux faits doivent être rapprochés et que le second est la conséquence du premier.

Fracture itérative de l'olécrane.

M. Routier. — Le malade que j'ai l'honneur de vous présenter, âgé de seize ans aujourd'hui, s'était fracturé l'olécrane en 1898. Après deux mois de traitement chez un rebouteur, il m'arriva le 20 mars 1898, avec une impuissance presque totale du bras; il ne pouvait l'étendre, et surtout ne pouvait pas maintenir l'extension.

Je pratiquai, le 31 mai 1898, la suture de l'olécrane, avec un gros fil d'argent; le 15 juin, il sortait avec tous ses mouvements physiologiques.

En février 1900, il est retombé, et, vous pouvez le voir sur la radiographie, il a de nouveau cassé son olécrane; on voit la rupture du fil d'argent et on se demande s'il a jamais eu un cal.

Je l'ai fait masser et, sans nouvelle suture, il a récupéré tous ses mouvements.

Le Secrétaire annuel,

Ad. Jalaguier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 4 AVRIL 1900

Présidence de M. Richelot

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. Paul Berger, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Une lettre de M. Chaput, qui demande un congé d'un mois ;

4° Le tirage à part d'un travail de M. Heurtaux, intitulé : *Note sur les tumeurs bénignes de l'intestin.*

A propos de la correspondance.

M. Broca dépose sur le bureau un travail de M. Chavannaz (de Bordeaux) intitulé : *Nœud épiploïque dans une hernie inguinale. Hydrocèle enkystée du cordon et hydrocèle vaginale. Intervention. Guérison.* — Ce travail est renvoyé à une commission : M. Broca, rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

Fracture itérative de l'humérus avec cal simulant une tumeur.

M. Broca. — Obligé de quitter la séance mercredi avant la fin, je n'ai pu dire avec netteté que sur le malade de M. Delbet, mon

diagnostic était sans hésitation : fracture méconnue et itérative du col chirurgical de l'humérus, avec gros cal. Et je ne crois même pas qu'il y ait eu décollement épiphysaire, mais production d'exostose ostéogénique provoquée par le trauma. J'ai soigné, en effet, un enfant dont l'histoire, au siège près de la fracture, est identique à celle du malade de M. Delbet. Et je vous présente sa radiographie, que je ne décrirai même pas, car l'identité de l'aspect est parfaite. Or, cet enfant, je le connais depuis cinq ans, j'ai soigné sa première fracture, un peu au-dessus de la partie moyenne de l'humérus; et ses quatre fractures suivantes ont eu lieu à l'occasion de traumatismes nets, chez un enfant particulièrement turbulent.

M. Kirmisson. — Dans la dernière séance, à propos de la communication faite par M. Delbet, j'ai rappelé le cas d'un nouveau-né chez lequel l'existence d'une volumineuse tumeur osseuse m'avait fait penser à un ostéo-sarcome, tandis que la radiographie et l'évolution clinique sont venues démontrer qu'il s'agissait d'une fracture. Je vous demande la permission de compléter aujourd'hui cette observation.

Le lundi 13 janvier 1896, je vis avec le Dr Maestrati un petit garçon de trois semaines portant une tumeur congénitale du bras droit. Rien de particulier à noter au sujet de la grossesse et de l'accouchement qui s'est fait facilement, en présentation de la face. L'enfant portait, au moment de la naissance, une tumeur du bras droit, qui, depuis lors, n'a pas beaucoup augmenté de volume. Elle fait une saillie considérable et mesure 18 centimètres dans sa plus grande circonférence, le bras du côté gauche mesurant à peine 10 centimètres. Elle se compose de deux parties : une, plus volumineuse, située au côté interne du bras; une seconde, située un peu plus haut, au côté postérieur et externe. Cette dernière est séparée du moignon de l'épaule par un sillon profond. Les deux articulations de l'épaule et du coude sont complètement indemnes. La tumeur externe est de consistance assez ferme; la tumeur interne présente, au contraire, des bosselures fluctuantes, à sa surface quelques veines dilatées.

En présence de cette tumeur, mon impression fut que nous avions affaire à un ostéosarcome d'origine congénitale; aucune mobilité anormale, encore moins y avait-il de crépitation, rien, en un mot, qui pût faire songer à une fracture. Grand fut mon étonnement de voir l'enfant se développer régulièrement et la tumeur diminuer de volume. La radiographie faite quelque temps après démontra qu'il s'agissait en réalité d'une fracture intra-utérine. Vous voyez en effet sur l'épreuve que je vous présente, au milieu d'une tuméfaction osseuse considérable, une ligne

blanchâtre qui répond au trait de fracture. J'ai eu depuis lors, à diverses reprises, des nouvelles de cet enfant qui reste bien portant, je m'efforcerai de le revoir pour compléter l'observation.

M. Pierre Delbet. — Le cas très intéressant que M. Kirmisson vient de nous communiquer ressemble certainement au mien au point de vue clinique. Mais au point de vue radiographique, il en diffère complètement. Sur l'épreuve que nous montre M. Kirmisson, on voit en effet de la manière la plus claire qu'il s'agit d'une fracture.

Au contraire, la radiographie que nous a apportée mon ami Broca, ressemble à la mienne, sauf le siège, de la manière la plus frappante. Ce n'est pas de la ressemblance, c'est de l'identité. La forme de la tumeur est la même; elle est entourée d'une coque osseuse identique. Dans son épaisseur plus claire que ne l'est l'os normal, on voit les mêmes tractus irréguliers, plus sombres. Bref, si on découpait dans l'épreuve radiographique de Broca et dans la mienne, les portions qui comprennent les tumeurs de telle manière qu'on ne puisse savoir leur siège, nous serions incapables l'un et l'autre de reconnaître celle qui nous appartient.

Ce qui fait le grand intérêt du cas de Broca, c'est qu'il a vu le malade au moment des accidents. Moi je n'ai jamais vu le mien au moment de ses prétendues luxations. Les médecins qui l'ont soigné ont porté le diagnostic de luxations et c'est comme étant atteint de luxations récidivantes que l'enfant m'a été amené.

Au contraire, Broca a vu le malade au moment des traumatismes. Il nous dit qu'il s'agissait de fractures; il l'a constaté lui-même; nous n'avons pas à en douter.

L'histoire clinique de son malade est à peu de chose près celle du mien. La radiographie de mon malade est identique à celle du sien. Il est donc évident que les deux malades ont été atteints de la même affection. Or Broca, ayant constaté que le sien a eu des fractures itératives, on ne peut pas douter que le mien n'en ait eu aussi. J'admets donc que les divers médecins qui ont eu à soigner mon malade ont pris des fractures du col chirurgical pour des luxations.

Ces deux faits me paraissent avoir un gros intérêt. Ils prouvent que les fractures itératives peuvent amener chez les enfants des tuméfactions osseuses dont l'image radiographique ressemble étrangement à celle des tumeurs à myéloplaxes. Rappelez-vous en effet que M. Poncet, dont la compétence est grande sur ces questions, a affirmé que la radiographie que j'ai apportée dans la dernière séance était celle d'une tumeur à myéloplaxes. Voici un premier point.

En voici un autre. Quelle est la cause de ces fractures itératives au même siège? Broca nous dit que chez son malade il y a eu chaque fois un traumatisme suffisant pour justifier une fracture. C'est fort bien. Mais il n'en reste pas moins surprenant que la fracture se reproduise exactement au même siège. Nous ne sommes pas habitués à voir les choses se passer ainsi, même chez les individus à squelette fragile qui se font des fractures multiples. C'est un dicton que le cal est plus solide que l'os, et il est certain que nous ne voyons guère les cals se rompre. Chez mon malade, les fractures se font avec une facilité extrême. Il suffit pour les produire d'une chute insignifiante. Et remarquez qu'il ne s'agit pas là de pseudarthrose. Les quatre fractures ont été séparées les unes des autres par un intervalle de six à sept mois; et entre chacune d'elles, l'enfant a repris l'usage intégral de son membre.

Il semble donc qu'il y ait là une lésion. Quelle est cette lésion? Est-elle antérieure à la première fracture? Ou bien au contraire est-ce la fracture initiale qui l'a engendrée? Je n'en sais absolument rien. Mais il y a certainement là quelque chose qui mérite d'être étudié.

M. Kirmisson. — C'est une question d'âge de l'enfant et d'ancienneté de la fracture, il n'en subsiste pas moins ce fait acquis, c'est que chez mon malade, le cal de la fracture s'est présenté comme une tumeur osseuse. Quant à la tendance que présentent certains malades à se faire des fractures itératives, je puis citer le cas d'un jeune malade que j'ai observé autrefois dans le service du professeur Le Fort et qui s'était fait successivement dix-sept ou dix-huit fractures. L'observation a du reste été présentée par M. Ledentu et son histoire figure dans nos Bulletins. Sous l'influence de quel état pathologique les os se fracturent-ils ainsi? Je l'ignore; il est probable qu'il s'agit d'un état ostéopathique particulier, ce n'est là d'ailleurs qu'une hypothèse.

M. Broca. — Dans ce que viennent de dire MM. Kirmisson et Delbet, il y a deux choses : 1° la réalité de gros cals simulant chez l'enfant une tumeur osseuse; 2° l'existence d'une fragilité osseuse expliquant la fracture itérative. Kirmisson a cité un cas remarquable de fracture itérative de jambe par fragilité osseuse de cause inconnue. J'en ai observé également, et en particulier, j'ai soigné à diverses reprises deux sœurs, qu'on a vues un peu je crois dans tous les hôpitaux de Paris, qui se sont cassé à peu près tous les os plusieurs fois, le tibia surtout. Je crois que sur une d'elles j'ai vu la trente-deuxième fracture de tibia. Y a-t-il

des faits analogues, soit antérieurs à la première fracture soit consécutifs à cette fracture, où une lésion de nature inconnue rende fragile un seul os, en une seule place? C'est possible, mais je l'ignore. Ce que nous avons tous vu, ce sont des enfants turbulents qui à peine hors de leur premier appareil, se recassent l'os une ou plusieurs fois à la même place. De là de très gros cals, qui d'ordinaire ne tardent pas à se résorber au lieu que chez mon malade la tumeur a persisté; et je suis persuadé que chez le malade de M. Delbet elle persistera. D'ailleurs, nous savons tous, dans les hôpitaux d'enfants, que même à la première fracture, le premier cal peut être assez gros pour ressembler à une tumeur. Lorsque, en 1884, j'étais interne à l'hôpital Trousseau, j'ai vu un jeune enfant chez lequel j'avais cru à un ostéosarcome du tiers inférieur de l'humérus : mon maître Lannelongue m'a prouvé qu'il s'agissait d'une fracture avec gros cal du tiers inférieur de la diaphyse humérale. D'ailleurs, une bonne partie des fractures de la clavicule nous est amenée après consolidation : la mère a remarqué qu'il pousse une tumeur sur la clavicule de son enfant et elle est étonnée quand le chirurgien devine que trois semaines auparavant l'enfant est tombé et est restée pendant quelques jours avec un peu d'impotence du membre supérieur. Puis, en un mois tout cela fond : je parle de cela parce qu'il y a quelques jours, j'ai vu une fillette à laquelle, pour corriger un « déplacement » de fracture claviculaire, on avait pratiqué la suture osseuse, ce qu'à cet âge je crois ridicule. Donc, il n'est pas neuf que, chez l'enfant, les fractures sous-périostées, et surtout les fractures itératives puissent donner de gros cals simulant l'ostéosarcome aux yeux d'un observateur non prévenu. Le fait de M. Delbet et le mien prouvent que ces cals peuvent, à la radiographie, ressembler également à une tumeur.

M. TUFFIER. — La discussion me semble dévier. Il ne s'agit ici que de l'hypertrophie du cal et de sa radiographie. Ces cals volumineux sont bien connus, leur existence dans les fractures itératives et leur ressemblance avec des tumeurs des os sont de notoriété classique. Si mes souvenirs sont bien exacts, vous les trouverez signalés dans les anciens travaux d'Ollier. Le fait nouveau est donc constitué *par l'image radiographique* de ces gros cals.

Communication.

Douze interventions chirurgicales pour tuberculose rénale,

par M. le Dr Alf. POUSSON (de Bordeaux).

L'intervention chirurgicale dans la tuberculose du rein donne des résultats qui ne le cèdent en rien à ceux fournis par les opérations dirigées contre les autres tuberculoses localisées; et, étant donné les dangers que fait courir l'infection bacillaire d'un organe aussi important pour l'existence que le filtre rénal, il ne me paraît nullement exagéré de déclarer que dans aucune autre bacillose viscérale la chirurgie ne peut rendre des services aussi éminents. Aux observations de Tuffier, Routier, Albarran rapportées dans cette enceinte au cours de ces dernières années et qui montrent la valeur de cette intervention et en précisent les indications je désire joindre la relation de douze faits qui me sont personnels.

Le chirurgien peut être appelé à intervenir dans la tuberculose rénale, soit à la phase d'infection bacillaire pure, soit à la phase d'infection mixte.

Jusqu'ici, les opérateurs qui sont intervenus dans la première phase, ont agi dans le dessein de remédier à quelques symptômes pénibles sinon alarmants, tels que douleurs violentes et tenaces, hématuries profuses et persistantes; je ne sache pas qu'aucun ayant pu dépister l'ensemencement bacillaire à ses débuts par les moyens divers, dont dispose actuellement la diagnose, ait incisé ou excisé le rein dans le but exclusif de débarrasser l'organisme de ce foyer d'infection. En 1895, j'ai discuté devant le Congrès français de médecine la légitimité de l'intervention dans la tuberculose rénale primitive en l'absence de toutes complications graves et je l'ai rejetée. Aujourd'hui que nous connaissons mieux l'évolution de l'affection, que nous savons quelle menace la présence des bacilles dans un rein constitue pour l'appareil urinaire tout entier, que nous avons la ressource de nous assurer de l'état fonctionnel de son congénère, je crois pouvoir revenir sur ma première opinion et je m'associe pleinement aux conclusions formulées par Tuffier et Albarran dans nos deux grands Traités de chirurgie, à savoir que tout rein reconnu atteint de tuberculose doit être extirpé au plus tôt à la condition expresse que le rein du côté opposé soit dans un état d'intégrité parfaite. A vrai dire, n'ayant jamais eu occasion d'intervenir à la phase d'infection purement bacillaire, je ne saurais apporter aucun document personnel à l'appui de cette manière de voir.

Ayant par devers moi douze interventions à la phase d'infection mixte, je puis par contre fournir des éléments d'appréciation à la valeur absolue et comparative de la néphrotomie et de la néphrectomie dans la forme pyélonéphritique de la tuberculose rénale. Ces douze interventions se décomposent en cinq néphrotomies, une néphrectomie secondaire précoce et six néphrectomies primitives. Mes cinq néphrotomies m'ont donné une mort opératoire attribuable à la faiblesse extrême du sujet. Voici cette observation :

Obs. I. *Pyélonéphrite tuberculeuse secondaire gauche. Cachexie profonde. Néphrotomie, mort de shock.* — Jeune homme de vingt ans, de constitution assez délicate, mais sans antécédents tuberculeux, est pris en 1898, au cours d'une urétrite blennorragique, d'une cystite bientôt chronique et résistant à toutes les médications. Cependant, pendant près d'un an et demi, la santé générale se maintient bonne, mais vers le mois d'août 1899 l'état général commence à s'altérer : amaigrissement, perte d'appétit, fièvre le soir, en même temps que la purulence des urines augmente et que des douleurs se font sentir dans le rein gauche irradiant sous forme de coliques. En octobre, son médecin constate l'existence d'une tumeur dans le flanc gauche. Lorsque je suis appelé le 9 décembre 1899, le malade est profondément cachectique et miné par la fièvre. Il souffre atrocement de la vessie et rend toutes les dix minutes quelques cuillerées d'urines purulentes et sanguinolentes.

Vessie intolérante et inexplorable, le toucher rectal lui-même très douloureux me fait découvrir une prostate volumineuse et bosselée. Rien aux épididymes ni aux déférents. Dans l'hypocondre gauche, volumineuse tumeur se prolongeant transversalement jusque sur la ligne médiane et verticalement presque jusqu'à la crête iliaque; elle prend contact avec la paroi lombaire; pas de ballottement, mais sensation de rénitence transmise par la main hypogastrique et la main lombaire.

Etant donné la gravité de l'état général, la néphrotomie est seule indiquée et je ne m'inquiète pas de l'état de l'autre rein.

Néphrotomie. — Le 9 décembre, chloroforme. Incision lombaire conduisant rapidement sur une tumeur en contact immédiate avec la paroi et qui fendue sur une longueur de 5 à 6 centimètres, donne issue à plus de deux litres de pus grumeleux fétide. Les doigts introduits profondément dans la cavité constatent que les parois sont régulières. Lavages abondants à l'acide borique : deux gros drains et on suture de la poche rénale aux lèvres de l'incision lombaire. Le malade a bien supporté l'opération, et son pouls n'a pas faibli. Il se réveille et passe l'après-midi dans un calme et une tranquillité relatifs. Mais à 5 heures, alors que l'on venait de le relever dans son lit, il est pris de syncope et meurt en quelques minutes.

De mes quatre opérés ayant survécu à la néphrotomie, deux sont morts : l'un au bout de huit mois d'épuisement, après avoir

été fortement amélioré par l'incision ; l'autre (jeune fille), au bout de neuf mois des suites d'une néphrectomie secondaire ; les deux derniers sont encore vivants : l'un n'est opéré que depuis cinq mois ; l'autre (femme) l'est depuis bientôt six ans, mais elle doit sans doute cette survie à une néphrectomie secondaire précoce que je lui ai pratiquée. Je vous résumerai dans un instant ces quatre observations.

Mes sept néphrectomies ne n'ont fourni que des succès opératoires. L'un de ces malades a été perdu de vue trois mois après l'opération, mais j'ai tout lieu de croire qu'il a succombé peu après à des accidents de tuberculose pulmonaire ; un autre a été emporté au bout de quinze mois par des accidents urémiques, conséquence de l'infection de l'autre rein ; les cinq autres sont encore vivants et leurs opérations remontent à neuf mois, un an, deux ans et demi, trois ans, six ans.

Ainsi s'affirme une fois de plus par une petite statistique complète et intégrale la supériorité de la néphrectomie au point de vue des résultats immédiats comme à celui des résultats éloignés.

L'incision du rein dans la tuberculose rénale ne doit plus être considérée que comme une opération de nécessité commandée par l'absence du congénère ou son insuffisance fonctionnelle et par le mauvais état de la santé générale ne permettant pas d'entreprendre sans danger les manœuvres parfois longues et laborieuses de l'extirpation du rein. Mais employée dans ces circonstances la néphrotomie est une opération précieuse, qui peut sauver momentanément la vie des malades présentant un rein unique ou des lésions bilatérales et qui, en mettant un terme à la fièvre et aux phénomènes toxi-infectieux, donne à l'organisme le moyen de se relever et de supporter ultérieurement la néphrectomie.

L'histoire résumée des malades, qui font l'objet des deux observations suivantes, démontre les heureux effets de la néphrotomie palliative et reconstituante.

Obs. II et III. *Pyélonéphrite tuberculeuse secondaire gauche. Etat général très grave. Néphrotomie ; onze mois après, néphrectomie secondaire. Mort rapide.* — Mlle de G..., vingt et un ans, de bonne santé habituelle et sans antécédents tuberculeux, commence à souffrir de la vessie au printemps de 1896 : pus et sang à la fin des mictions qui sont douloureuses. Des injections boriquées, longtemps continuées aggravent plutôt qu'elles améliorent la situation. En août, pendant un séjour dans une station des Pyrénées, accidents fébriles intenses compliqués de troubles intestinaux, qui font penser à une fièvre typhoïde. Après quelques semaines, la malade très amaigrie et très affaiblie rentre chez elle, où elle continue à avoir des besoins fréquents, impérieux et douloureux à rendre

des urines abondantes et très chargées de pus et où son état général s'altère considérablement.

Le 17 janvier 1897, appelé près de Mlle de G..., je la trouve dans un état de cachexie profonde : facies pâle, terreux, langue vernissée, salive acide, muguet, anorexie absolue, pas de vomissements, diarrhée colliquative. Tous les soirs, pouls entre 38 degrés et 38°5. Rien aux poumons. Vessie très douloureuse à la pression hypogastrique et ne se laissant pas explorer. Dans l'hypocondre gauche, tumeur volumineuse prenant contact avec la région lombaire. Urines rénales contenant des microbes nombreux et parmi eux des bacilles de Koch.

Néphrotomie le 22 janvier. — Chloroforme. Après une incision lombaire je fends le rein retenu à la paroi par la périnéphrite scléreuse et donne issue à près d'un litre de pus granuleux. Avec le doigt, je détruis des cloisons friables ouvrant des foyers secondaires. Lavages boriqués abondants; deux gros drains accolés, fermeture de la plaie au-dessus et au dessous.

Suites. — Dès le lendemain, atténuation de la fièvre, qui bientôt cesse complètement, mais l'état général est très long à se relever. La quantité de pus sortant par les tubes se tarit lentement; les urines deviennent moins troubles; la polyurie diminue, les douleurs vésicales s'amendent. Je revois la malade six semaines après : elle a beaucoup engraissé, et a repris des forces. Plus de tumeur dans l'hypocondre et par l'unique tube, il sort encore un peu de pus, mais surtout de l'urine. Deux mois après l'opération la malade commence à se lever et son état redevient très satisfaisant.

En juillet, je propose de procéder à une néphrectomie secondaire, mais la famille désire attendre. Août et septembre se passent bien, mais à la fin d'octobre, l'état redevient rapidement mauvais; fièvre, perte d'appétit, réaugmentation du volume du rein très douloureux.

En décembre, Mlle de G..., dans un état très alarmant, est opérée de la néphrectomie par un autre chirurgien, et succombe d'épuisement quarante-huit heures après l'opération.

Obs. III. *Pyélonéphrite tuberculeuse droite. Grand affaiblissement. Néphrotomie. Amélioration considérable, puis reprise des accidents et mort au bout de huit mois.* — M. B..., trente-quatre ans, vient me consulter en 1895 pour un épididymite tuberculeuse suppurée gauche : prostate bosselée; pas de phénomènes vésicaux. Ceux-ci se déclarent quelques mois après, fréquence et douleur des mictions; urines purulentes et sanguinolentes à la fin. Les instillations de sublimé mal supportées sont remplacées par le gaïacol iodoformé; arsenic à l'intérieur, saison à Salies-de-Bearn. Amélioration très grande, surtout du côté de l'épididymite dont les trajets fistuleux se cicatrisent.

En janvier 1898, le malade se sentant très bien vient me demander s'il peut affronter les fatigues d'une campagne électorale. Je constate que son état local et général est excellent, mais je le détourne néanmoins de son projet.

Deux mois après M. B... commence à se sentir moins bien : douleur

dans le côté droit, envie d'uriner très fréquente quoique peu douloureuse, fièvre, anorexie. Il vient me voir et je trouve la région de l'hypocondre droit occupée par une énorme tumeur. Je conseille une opération, mais le malade veut attendre, il est dans un état d'affaiblissement tel que je ne crois pas devoir entreprendre la néphrectomie.

Néphrotomie le 20 avril 1898. — Chloroforme. Le rein bombé et bosselé s'applique aux lèvres de la paroi lombaire incisée : je l'ouvre dans toute l'étendue visible ; il s'en écoule une quantité relativement minime de pus, mais avec les doigts et les ciseaux prudemment je pénètre dans des poches nombreuses d'où sort beaucoup de liquide puriforme. Suture des lèvres de l'incision aux lèvres de la paroi : double drain.

Suites. — Pendant quelques jours la fièvre persiste, attribuable à un abcès ischio-rectal en voie de formation au moment de la néphrotomie. Cet abcès ouvert, la température tombe et l'état général s'améliore, mais très lentement. Cependant deux mois après, M. B... commence à se lever, et dès lors ses forces reviennent très vite. En août et septembre et au commencement d'octobre il était véritablement très bien et je me disposais à pratiquer la néphrectomie secondaire, lorsqu'il fut pris de troubles gastro-intestinaux intenses, bientôt accompagnés d'un retour offensif de l'infection du rein et mourut d'épuisement en décembre, huit mois après la néphrotomie.

Ces deux faits, qui montrent bien les ressources qu'offre dans les cas graves la néphrotomie, nous enseignent aussi qu'elle est insuffisante et qu'elle doit être complétée par la néphrectomie, et par la néphrectomie précoce. Une expectation excessive expose en effet à deux dangers ; d'une part à la reprise des accidents généraux, toxiques et infectieux résultant de la repullulation des bacilles et microbes pyogènes qu'on ne peut jamais se flatter d'avoir expulsés du parenchyme rénal par les incisions les plus méthodiques, et d'autre part à des complications locales telles que abcès de voisinage et adhérences aux organes voisins que la précaution de suturer la poche rénale à la paroi lombaire n'évite pas toujours. Dans le cas suivant, la néphrectomie secondaire pratiquée six semaines après la néphrotomie chez une femme atteinte d'une énorme pyonéphrose bacillaire avec accidents généraux très graves, m'a donné un résultat immédiat remarquable et une survie de six ans qui, je l'espère, se prolongera encore longtemps.

Obs. IV. *Énorme pyonéphrose tuberculeuse primitive (?) avec état général très mauvais. Néphrotomie, puis néphrectomie secondaire précoce. Guérison se maintenant depuis six ans.* — M..., domestique, trente-quatre ans, commence à éprouver de la fréquence et des douleurs de la miction en janvier 1894 : urines purulentes et sanguinolentes à la fin. Traitée par des injections, elle n'éprouve aucun soulagement et bientôt même son état général se prend : fièvre, perte d'appétit, amaigrissement. Elle

m'est adressée en août : les phénomènes vésicaux me paraissent d'ordre réflexe et je constate dans la région lombaire droite l'existence d'une énorme tumeur. Urines très purulentes, bacillaires. État général très mauvais.

Néphrotomie le 28 août, donne issue à une grande quantité de pus grumeleux avec des débris de tissu. La fièvre tombe, la santé s'améliore ; les urines deviennent moins purulentes, les troubles vésicaux s'apaisent, mais il persiste une fistule lombaire.

Néphrectomie le 10 octobre, sans intérêt opératoire. La malade se rétablit très rapidement et quitte l'hôpital la région lombaire complètement cicatrisée à la fin de novembre.

Pendant cinq ans, je n'ai pas de ses nouvelles. En juin 1899 elle vient me voir, se plaignant de mictions fréquentes et douloureuses : ses urines sont purulentes et contiennent des bacilles nombreux. Sa santé paraît bonne, rien aux poumons. Des instillations de gaïacol iodoformé pratiquées pendant près de deux mois amendent les phénomènes vésicaux et la malade cesse de venir.

Dernièrement, le 10 mars 1900, elle est rentrée de nouveau à l'hôpital pour des douleurs vésicales avec fréquence des mictions et purulence des urines. Elle se plaint également du rein gauche qui déborde nettement les fausses côtes ; cependant son embonpoint, sa figure rose et pleine, son appétit conservé, l'absence de fièvre et la conservation de ses forces, ne peuvent faire craindre l'existence d'uue altération de ce rein. Soumise aux instillations de gaïacol iodoformé, elle éprouve déjà une grande atténuation des phénomènes vésicaux.

Pour compléter la série de mes observations de néphrotomie, je résumerai très brièvement ma 5e observation.

Obs. V. *Volumineuse pyonéphrose bacillaire gauche primitive. Néphrotomie. Guérison opératoire.* — L..., cocher, vingt-cinq ans ; parents bien portants; arthrite rhumatismale au régiment ; a épousé une veuve dont le premier mari est mort de tuberculose pulmonaire. Il y a un an et demi, douleur dans la région lombaire droite ; peu après urines troubles, purulentes, sans fréquence, ni douleurs des mictions. Assez bon état général ; pas de fièvre. A son entrée à l'hôpital, épididyme gauche bosselé ; prostate également bosselée surtout à gauche : l'exploration de la vessie est peu douloureuse : pas de fréquence ni de douleur de la miction ; urines louches sans dépôt purulent : la recherche des bacilles est négative. Dans l'hypocondre et le flanc gauches, du côté opposé à celui où la douleur a toujours existé, volumineuse tuméfaction rénitente saillant à la région lombaire.

Néphrotomie le 14 octobre 1899. Incision lombaire ouvre une poche uniloculaire, d'où sort plus d'un litre et demi de pus. Lavages boriqués : drainage à l'aide de deux gros tubes.

Suites simples, bien que la fièvre s'allume après l'opération et persiste quelques jours. Le malade quitte l'hôpital le 12 novembre incomplètement guéri et ayant encore un drain.

Bien que mes six observations de néphrectomie ne présentent rien de particulièrement saillant, je les résumerai à titre de documents.

Obs. VII. *Pyonéphrose tuberculeuse secondaire. Néphrectomie. Guérison opératoire.* — X..., trente-deux ans, domestique, souffre de mictions fréquentes, douloureuses et impérieuses, avec pus et sang dans les urines. Épididyme droit et prostate bosselés. Tumeur lombaire gauche. Fièvre, état général mauvais. Poumons pris.

Néphrectomie en juillet 1896. Calices et bassinet distendus par le pus; rein caverneux. Suites normales. Malade quitte l'hôpital en très bon état, la plaie lombaire étant cicatrisée à la fin d'août. En octobre, il écrit qu'il va bien de son opération, mais qu'il tousse beaucoup et qu'il s'amaigrit. N'ayant pas eu de ses nouvelles depuis, je le considère comme décédé.

Obs. VIII. *Tuberculose rénale primitive. Néphrectomie. Guérison se maintenant depuis deux ans et huit mois.* — Mlle D. de S..., trente-deux ans, a toutes les apparences de la meilleure santé, lorsqu'elle vient me voir se plaignant exclusivement de troubles purement vésicaux : fréquence et douleur des mictions : urines un peu troubles avec un très léger dépôt de pus dans lequel existent des bacilles. Cependant l'examen direct ne me révèle pas les signes habituels de la cystite, mais je trouve le rein droit volumineux et douloureux à la pression.

Néphrectomie, 22 juillet 1897, sans incident. Résection de l'uretère poursuivi presque jusqu'à son entrée dans le petit bassin. Rein volumineux bosselé à son extrémité supérieure, qui contient quatre cavernules ne communiquant pas avec le bassinet ; l'extrémité inférieure est saine macroscopiquement.

Suites régulières. Le 25 août, elle quitte la maison de santé. Au niveau de l'angle inférieur de la plaie lombaire il existe une petite fistule donnant un peu de pus ; les urines sont à peine troubles et les besoins d'uriner normaux. Les phénomènes vésicaux restent silencieux environ trois mois, puis réapparaissent : les injections d'huile gaïacolée et iodoformée faites par série de deux à trois semaines, les font chaque fois cesser.

Revue vendredi dernier, deux ans et huit mois après la néphrectomie, Mlle D. de S... conserve encore quelque fréquence des mictions, mais sa santé générale ne laisse rien à désirer. Dans les deux mois qui viennent de s'écouler, elle a engraissé de plus de 2 kilogrammes, sans doute sous l'influence du cacodylate de soude.

Obs. IX. *Pyonéphrose tuberculeuse primitive gauche. Néphrectomie. Guérison se maintenant depuis deux ans et neuf mois.* — Mme X..., ménagère, trente-huit ans, souffre du rein gauche depuis huit mois environ et rend dans ses urines une grande quantité de pus. Peu de fréquence et peu de douleur des mictions. Vessie insensible et tolérante. Rein gauche volumineux et douloureux. Rein droit paraît sain. Amaigrisse-

ment, mais état général assez satisfaisant. Un peu d'induration pulmonaire bilatérale; pas d'antécédents tuberculeux. Malgré l'absence de bacilles dans les urines et en raison de toute cause connue d'infection de l'appareil urinaire, le diagnostic est pyonéphrose tuberculeuse gauche.

Néphrectomie le 14 juin 1897. — Incision lombaire. Enucléation du rein facile et ligature de son pédicule à la soie. Suites régulières. Sortie de l'hôpital deux mois après avec une fistule lombaire.

En janvier 1898, la fistule persistant est attribuée à la présence de la soie, que j'enlève en rouvrant la plaie. Malgré cela la fistule n'était pas cicatrisée en décembre 1899, plus de deux ans et demi après l'opération; la malade ayant un état de santé excellent, j'incline à penser que la suppuration est encore entretenue par un fil.

Obs. X. *Pyonéphrose tuberculeuse secondaire droite et abcès périnéphrétique. Néphrectomie. Guérison se maintenant depuis un an.* — L'observation de ce malade, cultivateur, vingt-neuf ans, figurant dans les Bulletins de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, je me contente d'en rapporter le titre, en ajoutant que cet homme était dans un état de cachexie très avancé lorsque j'intervins, et qu'un abcès périnéal tuberculeux ayant pris naissance dans les glandes de Cooper, vint encore, dans les premiers jours qui suivirent l'opération, aggraver sa situation. Il guérit néanmoins, et trois mois après, lorsque je le présentai à mes collègues, il était dans un état de santé des plus satisfaisants.

Obs. XI. *Pyonéphrose tuberculeuse secondaire gauche. Néphrectomie. Amélioration considérable et rapide. Mort quatorze mois après d'urémie par infection ascendante de l'autre rein.* — Cette observation a été également rapportée à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, alors que le malade, quatre mois après l'intervention, était en santé presque parfaite. Depuis il a succombé à des accidents urémiques, dus à l'envahissement de l'autre rein par l'infection mixte et à l'existence d'une néphrite généralisée, à la presque totalité du parenchyme restant.

Obs. XII. *Pyélonéphrite tuberculeuse primitive gauche. Néphrectomie. Guérison depuis neuf mois.* — N..., trente-sept ans, voyageur de commerce, de souche tuberculeuse, a commencé à souffrir du rein gauche il y a trois ans, sous forme de coliques néphrétiques, et bien qu'il n'ait jamais rendu de sable ni de graviers, il a été considéré comme un graveleux et envoyé à Capvern. Trois ou quatre saisons dans cette station n'ont ni amélioré ni aggravé son état. Au mois de mars 1899, pour la première fois, mictions fréquentes, impérieuses et douloureuses, en même temps qu'un peu de pus et de sang se montre dans ses urines. Amaigrissement, fièvre. A son entrée à l'hôpital, 6 juillet 1899, la vessie paraît normale, l'épididyme gauche est augmenté de volume mais non bosselé, prostate nettement bosselée sur ses bords. Rein gauche volumineux et douloureux; rein droit non perceptible. La cystoscopie montre

que l'uretère laisse échapper une urine trouble et un peu hématique : urine normale par l'uretère droit.

Néphrectomie le 22 juillet. — Incision lombaire. La tumeur rénale à évolution diaphragmatique est assez difficile à extraire et son pédicule volumineux et entouré de ganglions ne peut être lié qu'en masse.

Suites simples. Le malade sort le 17 août, vingt-six jours après l'opération, la plaie opératoire n'étant pas encore complètement fermée. Rapidement elle se cicatrise : les urines se sont éclaircies dès le lendemain et les besoins sont devenus moins fréquents et moins impérieux, l'état général s'est relevé.

Revu le 17 mars dernier, près de neuf mois après l'opération, M. N... a une santé florissante, il pèse 85 kilogrammes et a engraissé de 17 kilogrammes depuis la néphrectomie, mais il reste quelques troubles vésicaux qui me font craindre l'infiltration bacillaire de la vessie.

Ne voulant pas prolonger cette communication, que je fais surtout à titre documentaire, je ne dirai que quelques mots du manuel opératoire qui, d'ailleurs, paraît être accepté aujourd'hui par la grande majorité des chirurgiens. C'est à l'extirpation extra-péritonéale que j'ai toujours eu recours, et j'ai pu m'assurer qu'en combinant de façon appropriée les incisions lombaires, on pouvait extraire par cette voie des tumeurs du rein fort volumineuses sans les rompre et partant sans infecter la loge rénale. L'inoculation bacillaire de l'atmosphère périrénale se faisant avec la plus grande facilité, il y a pour moi le plus grand intérêt à se mettre en garde contre elle, voilà pourquoi je repousse le morcellement et les incisions exploratrices du rein dans lequel on soupçonne l'existence de foyers tuberculeux caséifiés et purulents Si l'on ne croyait pas, en raison de son volume, pouvoir extirper dans son intégrité une pyonéphrose tuberculeuse par la voie lombaire, mieux vaudrait recourir à la voie abdominale. Quant à l'incision exploratrice, la palpation du rein mis à nu et son aspect à la vue venant s'ajouter aux phénomènes cliniques et principalement à la pyurie, fourniront toujours des renseignements suffisants pour qu'on puisse s'en passer.

Le traitement du pédicule a une très grande importance. Il faut lier séparément les vaisseaux et l'uretère ; mais il est plus facile de formuler ce principe que d'y obéir. En effet, l'adénopathie du hile rend souvent difficile l'isolement des vaisseaux et l'on doit se contenter d'une ligature en masse. Par contre il est presque toujours possible de disséquer l'uretère qu'il convient de réséquer aussi près que possible de la vessie. Chez la malade de l'observation VIII il persista, pendant près de six mois, une petite fistule dans l'angle inférieur de la plaie lombaire, dont j'ai attribué la cause au moignon d'uretère infecté et pourtant très court que j'avais

laissé. Chez le sujet de l'observation XI, qui, quatorze mois après avoir subi la néphrectomie, a succombé à des accidents urémiques, j'ai relevé à l'autopsie des lésions d'un certain intérêt relativement à cette question du traitement du pédicule et de l'urétérectomie. Chez ce malade, le hile avait été lié en masse et l'uretère respecté dans sa totalité. Or, tandis qu'à son extrémité supérieure ce conduit, noyé dans un magma de tissu présentant avec des fibres musculaires et des éléments graisseux des traces d'inflammation chronique, était renflé et infiltré de follicules tuberculeux en voie d'évolution, le reste de sa continuité était transformé en un cordon fibreux plein, sans le moindre tubercule. Cette sclérose de l'uretère laissé en place est-elle fréquente? je l'ignore, mais je crois que dans le doute il vaut toujours mieux réséquer le conduit suspect : son extrémité supérieure n'était-elle pas demeurée d'ailleurs le siège de nodules tuberculeux?

M. Reynier. — Je suis très heureux d'avoir entendu la communication de M. Pousson, car je partage absolument sa manière de voir. Ainsi qu'en 1898 je l'ai soutenu au Congrès de chirurgie, je considère les opérations partielles comme particulièrement dangereuses et ne pouvant donner que bien exceptionnellement des résultats satisfaisants. En effet, à côté des grosses lésions, il en existe de minimes qui échappent forcément, si on se borne à faire la néphrotomie. Aussi, si on a la certitude que l'autre rein n'est pas pris, faut-il faire la néphrectomie.

Je suis heureux également d'entendre dire que l'ablation du rein une fois faite, tout n'est pas fini, et qu'il faut enlever aussi l'uretère. C'est une méthode que j'ai préconisée le premier, elle m'a donné deux beaux succès et j'en ai présenté un à la Société. J'ai revu le malade que j'avais opéré il y a dix ans, il est aujourd'hui guéri, il est venu me voir récemment. Il a dernièrement eu une cystite blennorragique qu'il a fort bien supportée. Par contre, il y a un an j'ai fait la néphrectomie chez une malade qui n'avait pas de lésions au rein opposé, je n'ai pas enlevé l'uretère et la malade a gardé une fistule, pour laquelle je voudrais faire l'urétérectomie secondaire. Aussi je crois que quand on fait l'ablation d'un rein, il faut enlever l'uretère le plus bas possible, de même que quand on pratique la castration, je crois qu'il est bon d'enlever le canal déférent. C'est là un point important que je tenais à mettre en relief.

M. Tuffier. — En me supposant partisan de la *néphrotomie* dans tous les cas de tuberculose rénale, M. Reynier me fait dire une absurdité, ce qui montre qu'il ne m'a pas compris. J'ai dit et je répète que je suis partisan de la néphrotomie dans les pyéloné-

phrites tuberculeuses, s'accompagnant de rétention et en l'absence de renseignements certains sur l'intégrité du rein opposé, renseignements qu'aucun de nos moyens de diagnostic actuels, y compris le cathétérisme de l'uretère, n'est encore capable de nous fournir dans tous les cas.

Quant à la cause des *fistules* qui persistent si longtemps après la néphrectomie, il est bien entendu que souvent elles sont dues à l'emploi de la soie pour la ligature du pédicule : aussi, pour ma part, n'ai-je jamais utilisé que le catgut. Mais il est une autre cause de fistules, plus importante et plus fréquente : c'est la présence dans le fond de la plaie, d'un de ces uretères atteints d'*urétérite ulcéreuse* dont j'ai parlé tout à l'heure. Ces uretères ont un aspect moniliforme, présentant une série de dilatations plus ou moins accentuées, séparées par des rétrécissements plus ou moins serrés et limités. Les points rétrécis sont constitués par du tissu cicatriciel, mais au niveau des dilatations, la muqueuse est ulcérée. On comprend qu'un pareil uretère, laissé en place ou incomplètement réséqué après la néphrectomie, ne peut que donner lieu à une suppuration intarissable. Aussi faut-il dans ces cas d'urétérite ulcéreuse moniliforme pratiquer l'urétérectomie la plus large possible, au contraire de ce que j'ai recommandé tout à l'heure pour l'urétérite oblitérante.

M. Albarran. — Sans discuter en détail les indications respectives de la néphrostomie et de la néphrectomie dans la tuberculose rénale, je puis dire que, à mon avis, les indications de la néphrostomie sont très restreintes. Contrairement à l'opinion de M. Tuffier je ne pense pas que la néphrostomie soit indiquée dans tous les cas de pyonéphrose tuberculeuse. On dit que, dans ces cas, la néphrostomie donne un répit qui permet de faire dans de meilleures conditions la néphrectomie secondaire précoce : cela n'est vrai que chez quelques malades ; très souvent, après la néphrostomie, la maladie continue à évoluer comme si on n'avait pas opéré et la néphrectomie secondaire est alors aussi grave, ou plus grave, que l'extirpation primitive du rein. J'ai extirpé d'emblée plusieurs reins atteints de pyonéphrose tuberculeuse avec d'excellents résultats. En dehors de rares contre-indications tenant à l'état général du malade, surtout dans les cas de généralisation tuberculeuse, ce qui domine le choix à faire entre la néphrostomie et la néphrectomie dans la pyonéphrose tuberculeuse, c'est l'état du rein du côté opposé, Lorsque l'autre rein est sain, il vaut mieux faire la néphrectomie ; lorsque l'autre rein est malade, ou lorsqu'on n'a pu avoir des données certaines sur son état, la néphrostomie trouve son indication. Or, dans un très grand

nombre de cas, il est facile, grâce au cathétérisme urétéral, de connaître avec certitude l'état des deux reins.

En ce qui regarde le procédé opératoire, je ferai remarquer l'extrême fréquence des fistules lorsqu'on emploie les ligatures à la soie pour le pédicule. Depuis longtemps je fais toujours, dans la tuberculose, la ligature du pédicule avec du gros catgut. Il est nécessaire aussi, pour éviter les fistules, d'enlever le mieux possible la graisse périrénale.

Je ne pense pas, avec M. Reynier, qu'il faille dans tous les cas extirper totalement l'uretère. Je ne pratique l'urétérectomie totale que lorsque cette opération est facile. Dans un bon nombre de cas, l'extirpation systématique de l'uretère aggraverait considérablement l'opération ; dans certains, elle serait presque impossible, car l'uretère est perdu dans une énorme masse fibro-graisseuse. Il m'est arrivé à plusieurs reprises de sectionner l'uretère, la section portant sur un point manifestement tuberculeux. J'ai alors lié l'uretère au-dessous de la section, et j'ai brûlé au thermo-cautère l'orifice du moignon urétéral. Or, tous mes malades ont guéri sans fistule urétérale et restent guéris. Je crois que dans ces cas les lésions urétérales subissent une régression analogue à celle de la tuberculose rénale elle-même lorsque l'uretère est fermé et guérissent spontanément.

Je citerai, en terminant, ma statistique actuelle dans les néphros tomies et néphrectomies pour rein tuberculeux. J'ai fait 37 de ces opérations. Sur 23 néphrectomies primitives j'ai eu 22 guérisons, dont la plus ancienne, parmi les malades revus, date de cinq ans, et une mort de méningite au 11e jour : ce fut ma première opérée. Sur 12 néphrostomies, opération que je ne pratique plus guère, 11 guérisons opératoires et une mort : presque tous mes malades sont morts quelques mois après ; un seul survécut deux ans. Enfin, je n'ai pratiqué que deux néphrectomies secondaires ; ces malades ont guéri.

M. Paul Reynier. — Je ne partage pas la manière de voir de M. Tuffier. Je ne crois pas que l'existence d'une pyélonéphrite soit la seule indication à intervenir, quand il s'agit de tuberculose rénale. Le malade ne présenterait-il que de l'hématurie et des douleurs, qui sembleraient devoir se rattacher à la tuberculose, que si l'autre rein est sain, je me croirais en droit d'intervenir et de lui faire une néphrectomie. Je vous ai présenté un rein que j'avais enlevé dans ces conditions ; il n'y avait pas de pyélonéphrite, et cependant, à la partie supérieure du rein, dans le tissu rénal, existait un abcès tuberculeux, et dans le reste de la substance rénale, on trouvait des noyaux tuberculeux, plus ou moins déve-

loppés. Le malade que j'ai revu continue à bien aller. La tuberculose semble s'être arrêtée. Je me félicite donc d'être intervenu. Je suis pour l'intervention précoce, dès que le diagnostic est porté, à la condition toutefois que la lésion vous paraisse bien nettement unilatérale. C'est, du reste, toujours la même question qu'on se pose au sujet des tuberculoses limitées, premières manifestations de l'infection. Doit-on les enlever rapidement? Je réponds toujours par l'affirmative, et ici pour le rein, je ne varie pas d'opinion. Je ne vois aucun avantage à attendre la pyélonéphrite, indice que le mal a gagné du terrain.

Je suis de l'avis de M. Albarran pour l'emploi des catguts, au lieu de fils de soie pour lier les éléments du pédicule. C'est la pratique que je suis depuis longtemps, employant de moins en moins les ligatures non résorbables.

Pour ce qui concerne l'ablation de l'uretère, je reconnais, avec M. Albarran, que cette ablation peut être quelquefois très difficile. Dans ce cas on fait pour le mieux, et on use le plus possible du thermocautère pour détruire ce qui vous paraît suspect. Mais ce sont les cas exceptionnels, et le plus souvent l'ablation de l'uretère est facile. Son ablation ne complique pas beaucoup l'opération.

Mon incision pour une néphrectomie est toujours très grande, car *il est important* d'avoir la place pour mettre toute sa main, et amener facilement le rein; commençant au-dessous des côtes verticales, le long de la masse sacro-lombaire, à un centimètre de la crête iliaque, cette incision se courbe en avant, passant au-dessus de l'épine iliaque et gagnant obliquement par en bas la fosse iliaque. Par cette incision, je décolle le péritoine aussi bas et aussi loin queje veux. Je peux ainsi facilement amener le rein à la plaie sans tirer trop sur son pédicule, comme le disait M. Pousson. Mais cette incision a également pour moi l'avantage de découvrir l'uretère sur une grande étendue. Dans ces conditions, son ablaion ne complique pas tant qu'on veut bien le dire, l'opération.

M. Tuffier. — M. Pousson a bien voulu rappeler mes travaux sur la tuberculose rénale et son traitement chirurgical, et je vois avec plaisir qu'il vient confirmer les idées que j'ai défendues depuis dix ans et auxquelles se rallient successivement tous mes adversaires de la première heure. J'ai établi que la *néphrectomie* est en effet la méthode de choix dans l'immense majorité des cas, et je ne m'attarderai pas à développer ici ses indications que j'ai posées maintes fois l'an dernier encore dans la deuxième édition du *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus.

C'est au point de vue thérapeutique, c'est-à-dire des résultats éloignés, l'une des meilleures opérations de chirurgie rénale. Je

vous le prouverai par mes statistiques. La néphrotomie doit être réservée et s'impose dans les cas de pyélonéphrites tuberculeuses avec rétention septique s'accompagnant de septicémie : elle écarte ainsi tout danger immédiat et permet aux portions de l'organe restées saines de continuer leurs fonctions. Sans doute, la néphrotomie dans la tuberculeuse rénale, laisse presque toujours à sa suite une fistule purulente intarissable, mais n'est-il pas toujours temps, lorsqu'on s'aperçoit que cette fistule exerce une influence fâcheuse sur l'état général du sujet, de recourir à la *néphrectomie secondaire?*

Quant à la question de l'*urétérectomie* comme temps complémentaire de la néphrectomie pour tuberculose rénale, je ne la crois pas indiquée dans tous les cas. L'urétérite tuberculeuse, en effet, affecte deux formes : 1° l'*urétérite ulcéreuse avec dilatation moniliforme du canal* et 2° l'*urétérite oblitérante.* Si dans le premier cas, il est logique, il est nécessaire d'enlever l'uretère jusqu'à la vessie s'il le faut, dans le second cas, qui est le plus fréquent, on peut, on doit ne pas toucher à l'uretère. Ce canal est non seulement épais et oblitéré sur une étendue plus ou moins longue de son trajet, ce qui écarte tout danger d'infection descendante, mais il présente en outre de la périurétérite avec adhérence aux organes voisins (aponévrose du psoas, péritoine, in testin, vaisseaux iliaques), ce qui peut rendre son extirpation dangereuse. Je crois donc qu'en pareil cas, il vaut mieux s'abstenir et se contenter de la néphrectomie.

M. Pousson. — N'ayant pas voulu abuser de la faveur que vous nous faites, à nous autres provinciaux, en interrompant l'ordre du jour pour nous donner la parole, j'ai cru devoir résumer très succinctement le manuscrit que j'ai rédigé pour figurer dans les Bulletins, mais toutes les questions soulevées par mes collègues y sont traitées avec des exemples à l'appui pris dans mes observations. C'est ainsi que j'ai montré les raisons de l'insuffisance de la néphrotomie, qui ne peut jamais ouvrir toutes les cavernes, cavernules et foyers tuberculeux toujours multiples, que j'ai fait ressortir la nécessité de s'assurer de l'état de l'autre rein avant de pratiquer la néphrectomie ; enfin que j'ai indiqué les inconvénients de se servir de la soie pour lier le pédicule. Je considère le catgut et les fils résorbables comme indispensables toutes les fois qu'on agit sur un rein infecté, car la soie se chargeant de microbes pathogènes, au cours de l'opération, les conserve et donne lieu, quelquefois tardivement, à des infections secondaires et interminables. Une de mes observations est démonstrative à cet égard.

Rapport.

Invagination iléocæcale chez un enfant de dix mois; laparotomie suivie de succès quatre heures après le début des accidents, par M. Lyot, chirurgien des Hôpitaux.

Rapport par M. E. KIRMISSON.

Bien que M. Lyot ne le dise pas, l'observation d'invagination intestinale qu'il vous a lue provient de mon service à l'hôpital Trousseau, et c'est moi qui l'ai engagé à vous la communiquer, jugeant qu'elle présente un réel intérêt.

Le mercredi soir, 18 octobre 1899, mon interne, M. Grosse recevait à l'hôpital Trousseau un petit garçon de dix mois qui, tout d'un coup, à sept heures du soir, avait commencé à pousser des cris et à se débattre, en même temps qu'il présentait des vomissements alimentaires. La figure est pâle et fatiguée, le pouls à 120; l'enfant s'agite et pousse des cris incessants; de temps en temps il rejette en vomissant une petite quantité de liquide clair. Bien que le ventre ne soit que modérément ballonné, la palpation est rendue difficile par suite des cris et des mouvements de l'enfant; on arrive cependant, dans les moments de calme, à sentir profondément dans la fosse iliaque une tumeur mobile du volume d'une noix. Le toucher rectal démontre que l'intestin est vide, mais le doigt ramène une certaine quantité de matières teintées de sang.

Jugeant à ces symptômes qu'il avait affaire à une invagination intestinale, M. Grosse fit appeler immédiatement le chirurgien de garde ; c'est ainsi que M. Lyot put opérer l'enfant quatre heures après le début des accidents.

Le petit malade fut endormi et le chirurgien fit, au niveau même de la tumeur, une incision longue de trois travers de doigt. Il put, facilement, attirer au dehors la tumeur et vérifier qu'il s'agissait bien d'une invagination iléocolique. Une faible traction exercée sur les deux bouts de l'intestin permit de détruire l'invagination; les surfaces péritonéales étaient absolument saines; seule, la partie terminale de l'iléon invaginé était un peu épaissie. Une légère dépression circulaire marquait la place de la constriction exercée par le collet de l'invagination à 5 centimètres au-dessus de l'angle iléo-cæcal. L'appendice était très long, volumineux, tordu sur lui-même et congestionné. M. Lyot en fit la résection, après l'avoir lié en masse à sa base. La paroi abdominale fut fermée par un seul plan de sutures au crin de Florence.

Au bout de sept jours, l'enfant put être rendu à sa mère ; les sutures furent enlevées le dixième jour. Depuis lors, nous avons souvent revu ce petit malade, il est resté bien guéri.

L'observation de M. Lyot vient à l'appui de cette proposition que j'ai constamment soutenue devant la Société de chirurgie dans toutes les discussions qui se sont produites sur l'occlusion intestinale, à savoir que, dans l'immense majorité des cas, nous sommes en mesure de porter un diagnostic suffisant pour guider nos déterminations thérapeutiques.

Il s'agissait ici d'un enfant de dix mois présentant des signes évidents d'occlusion intestinale. La palpation de l'abdomen permettait de reconnaître une tumeur dans la fosse iliaque droite ; l'enfant rendait par l'anus des matières sanguinolentes. C'était plus qu'il n'en fallait pour porter le diagnostic d'invagination intestinale. M. Lyot prévenu sans retard a pu opérer quatre heures après le début des accidents, et il a eu le bonheur de guérir son petit malade.

De cette observation je rapprocherai un fait récent que j'ai eu l'occasion d'observer. Le jeudi matin, 15 février dernier, on apportait dans mon service un petit garçon de quatre ans et demi atteint, me disait-on, d'appendicite aiguë. Les parents me remirent une lettre de leur médecin disant que, depuis une dizaine de jours, l'enfant était grippé ; il commençait à aller mieux des accidents bronchiques qu'il avait présentés, lorsque, le jeudi matin 15 février, il fut pris de vomissements. Cet enfant, ajoutait le médecin, présente des symptômes d'appendicite grave ; on sent dans la fosse iliaque droite une tuméfaction notable. Il est urgent que le petit malade soit transporté à l'hôpital.

En examinant l'enfant, je constatai sans peine la tumeur notée par notre confrère dans la fosse iliaque droite ; mais je lui trouvai des caractères qui ne me permirent pas de confirmer le diagnostic d'appendicite qui avait été porté.

La main placée sur l'abdomen faisait immédiatement constater la contracture du muscle grand droit du côté droit. Quant à la tumeur, elle était arrondie, du volume d'une mandarine. Elle ne siégeait pas dans la fosse iliaque droite, mais bien dans la région du flanc ; du reste, elle possédait, dans le sens vertical aussi bien que dans le sens transversal, une grande mobilité qui permettait de la faire remonter jusqu'à l'hypocondre et de l'attirer au niveau de l'ombilic. Une tumeur présentant une semblable mobilité devait nécessairement appartenir à l'intestin. Du reste, elle était douloureuse à la palpation. Ces circonstances rapprochées du mauvais état général de l'enfant qui était pâle et abattu, la coïncidence des vomissements, me firent immédiatement admettre

que nous étions en présence d'une occlusion intestinale, et vu l'âge de l'enfant, vu l'existence de la tumeur, je pensai qu'il s'agissait d'une invagination intestinale.

Le petit malade fut immédiatement porté sur la table d'opération. Me plaçant à sa gauche, je fis sur la ligne médiane de l'abdomen une incision de 8 à 10 centimètres de longueur, moitié au-dessus, moitié au-dessous de l'ombilic. Je pus dès lors accrocher avec les doigts la tumeur et l'attirer dans la plaie. Nous aperçûmes alors le cæcum, et, en arrière de lui, une anse intestinale représentant la terminaison de l'intestin grêle engagée dans un orifice anormal. En exerçant de haut en bas une traction douce sur cet intestin, il nous fut facile d'attirer cette anse qui était très rouge et congestionnée; son mésentère renfermait un très grand nombre de ganglions lymphatiques; une certaine quantité de sérosité transparente s'écoula au moment où nous pûmes dégager l'anse étranglée; cela nous fit penser qu'il y avait probablement des altérations tuberculeuses de l'intestin. L'étranglement détruit, je refermai l'abdomen par deux plans de suture, une suture au catgut sur le péritoine; une autre au crin de Florence sur la peau et l'aponévrose. L'enfant guérit sans incidents; les fils furent enlevés au bout de douze jours; le malade quitta l'hôpital le 11 mars.

Voilà donc encore un cas dans lequel, ayant l'enfant sous les yeux peu d'heures après le début des accidents, j'ai pu faire un diagnostic suffisant pour prendre un parti thérapeutique. Il s'agissait, il est vrai, non pas d'une invagination intestinale, mais d'une hernie rétrocæcale. Il est du reste intéressant de faire remarquer à cet égard que l'enfant n'avait pas eu de gardes-robes sanguinolentes. Jusqu'ici, dans tous les cas d'invagination intestinale que j'ai eus sous les yeux, je n'ai jamais trouvé en défaut le signe de Cruveilhier.

Il me reste en terminant à vous proposer, Messieurs, d'adresser à M. Lyot nos remerciements pour son intéressante communication.

Discussion

Sur l'inondation péritonéale compliquant la grossesse ectopique.

M Reynier. — Ainsi que l'a fait observer M. Quénu, le rapport de M. Routier soulève une question importante sur la meilleure conduite à tenir en cas d'intervention pour une inondation péritonéale.

Comme le dit M. Routier, uous sommes tous d'accord pour intervenir et intervenir rapidement quand nous soupçonnons une grossesse extra-utérine rompue. Nous ne pouvons plus trop penser à voir l'hémorragie s'arrêter et l'enkystement se faire. A l'heure actuelle, tous les travaux qui ont été faits ont surabondamment démontré qu'en n'intervenant pas, on risque trop gros. Mais, si on doit intervenir rapidement, doit-on intervenir sans essayer tout d'abord de remonter la malade par des injections de sérum, par même des injections intraveineuses? Je crois que c'est là une pratique recommandable toutes les fois que le pouls, l'état général de la malade peuvent vous faire craindre qu'elle ne soit pas capable de supporter l'intervention. Ainsi je me suis trouvé très bien dans un cas, qui remonte à trois ans, d'agir de la sorte : On m'apporte dans mon service une femme n'ayant plus de pouls, paraissant exsangue, décolorée, ayant tous les symptômes d'hémorragie grave, et dont l'origine était manifeste car depuis trois mois elle n'avait pas vu ses règles; je prescris une injection intraveineuse pour la remonter et je reviens quatre heures après : le pouls était un peu meilleur, bien que très précipité encore; j'interviens, je trouve une inondation péritonéale, liée à une grossesse tubaire rompue, le sang infiltrant toute la masse intestinale et j'ai la chance de sauver ma malade.

Je suis persuadé que, intervenant trois heures plutôt, elle n'aurait pu supporter l'intervention, ou elle aurait fait comme une malade dont j'ai rapporté autrefois l'histoire et sur laquelle je vais revenir plus loin, pour laquelle j'ai été obligé de précipiter la fin de l'opération, la malade ne prenant plus le chloroforme et dans un état tel que je croyais recoudre un cadavre.

Dans ces interventions, il faut en effet aller vite et il y a longtemps que j'ai donné comme règle à suivre, dès que le ventre est ouvert, de saisir immédiatement avec une pince l'artère utéro-ovarienne, on arrête ainsi, de suite, l'hémorragie. Il est en effet à remarquer que dans ces hémorragies dues à ces grossesses rompues, c'est l'artère utéro-ovarienne qui donne le sang. Mais reste ensuite, une fois les annexes, cause du mal, enlevées, la question du nettoyage, de l'ablation aussi complète que possible du sang.

Comme l'a fait remarquer M. Routier, la position déclive, dans ces cas, me paraît très préjudiciable, car elle facilite le transport du sang jusque sous le diaphragme, où quelquefois il se trouve tout naturellement sans avoir mis la malade dans la position déclive.

C'est cette répartition du sang au milieu de toutes les anses intestinales qui rend le nettoyage fort difficile, d'autant plus que souvent les anses intestinales sont dilatées; et, cependant je crois,

comme M. Routier, qu'il est très utile d'en enlever le plus possible et d'assécher autant qu'on le peut la cavité péritonéale. Comme M. Quénu, je crois à l'action nocive du sang qui est, en tout cas, un très bon milieu de culture pour les quelques microbes qui, toujours, se glissent dans toute laparotomie, quoi qu'on fasse. J'en ai fourni déjà un exemple bien remarquable dans une observation que j'ai citée au Congrès de chirurgie; il s'agissait de la malade dont j'ai parlé plus haut, que j'opérai pour une inondation péritonéale; pendant le cours de l'opération, la malade n'avait plus de pouls, ne sentait plus ce que je faisais, et j'avais cru devoir refermer le ventre en toute hâte sans nettoyer la cavité péritonéale.

Le surlendemain survenaient de la fièvre, des accidents graves, qui me forçaient à rouvrir le ventre, à faire passer plusieurs litres d'eau salée pour nettoyer la cavité péritonéale et j'avais, par cette seconde laparotomie, la chance de sauver ma malade.

Il est donc très important d'enlever le sang qu'on trouve dans la cavité péritonéale et il est bon, comme le disait M. Routier, de mettre plutôt la malade dans la position déclive, mais à l'inverse de celle de Trendelenburg, de manière à faciliter l'écoulement du sang vers le petit bassin.

Toutefois, le sang s'écoule mal et si, avec les compresses, on ne peut tout enlever, je crois qu'il est bon de faire passer plusieurs litres d'eau salée dans la cavité péritonéale.

Si on craint de laisser encore du sang, il est bon de pratiquer le drainage, mais là encore, je suis absolument de l'avis de M. Quénu. Il vaut mieux avoir recours à un drain, qu'au drainage à la Mikulicz. Comme M. Quénu, je considère ce drainage comme détestable en dehors des cas où on le place parce qu'on a une surface qui saigne et qu'on tamponne avec cette gaze, pour arrêter l'hémorragie; la mèche de gaze du Mikulicz ne draine pas et on peut s'en rendre compte lorsqu'on enlève une mèche de gaze, en voyant la sérosité qui s'est accumulée derrière, et qui s'écoule par l'orifice de la paroi abdominale.

Le drainage à la Mikulicz n'a sauvé, en somme, que les malades qui n'auraient pas eu besoin de drainage, et j'en ai eu dernièrement encore une preuve chez une malade à laquelle j'avais enlevé une salpingo-ovarite, avec adhérences multiples, qui saignait; je crus devoir mettre un Mikulicz; le lendemain, je trouvais le pansement à peine teinté par le sang, mais le surlendemain, la malade présentait un pouls rapide, température basse, respiration accélérée, décoloration des lèvres, et devant ces symptômes, diagnostiquant très probablement une hémorragie intrapéritonéale, que rien ne décelait dans le pansement, je

remettais la malade sur la table d'opération, je rouvrais le ventre et trouvais dans le petit bassin une masse de caillots que j'enlevai, complétant mon opération par un grand lavage et, cette fois, mettant un drain. Ma malade guérit grâce à cette seconde intervention.

Le Mikulicz n'avait en somme rien laissé transsuder et l'hémorragie avait continué au-dessous de ce drainage.

Je suis donc entièrement de l'avis de M. Quénu, et viens porter également mon expérience personnelle à l'appui des idées soutenues par M. Routier.

M. Quénu. — Je suis tout à fait en désaccord avec M. Reynier, quand il s'agit du lavage de la cavité péritonéale; je comprends le lavage du ventre quand il y a infection générale, mais ici, il n'y a pas d'infection, les liquides ne donnent pas de culture. Je crois qu'il faut, dans ces cas, faire le nettoyage à sec et éviter toutes les manœuvres qui pourraient compliquer l'intervention.

Présentation de pièces.

Fibro-sarcome du mollet.
Présentation d'un moulage et d'une aquarelle.

M. Picqué. — Mme L..., cinquante ans, entrée à l'hôpital Dubois le 27 juillet 1898 pour une tumeur du mollet présentant cinquante-huit centimètres à la partie la plus saillante.

Le début des accidents remonte à six ans.

Le mollet a augmenté peu à peu de volume, mais la malade a continué de mener une vie très active sans ressentir jusque dans ces derniers temps ni douleur ni gêne. Conservation de l'état de santé générale. Depuis deux mois la gêne est devenue plus grande par suite de l'augmentation considérable de la tumeur. Il se produisit de plus de l'engourdissement et des élancements au niveau de la tumeur et dans le pied correspondant.

A l'examen, la tumeur présente une forme arrondie, une consistance uniforme et dure : elle est insensible à la pression. On ne sent pas de prolongement appréciable dans le creux poplité. La peau est normale et glisse facilement sur la tumeur.

La tumeur fut abordée par une double incision latérale et longitudinale.

Les muscles jumeaux furent sectionnés transversalement au-

devant de la tumeur pour en faciliter l'énucléation qui d'ailleurs fut très facile.

La tumeur est en effet encapsulée.

Il existe un prolongement supérieur qui adhère aux vaisseaux poplités et surtout à la veine qui se trouve décollée dans une étendue de 3 à 4 centimètres. La tumeur pèse 2 kilog. 220.

L'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'un fibro-sarcome.

M. Walther. — J'ai dû faire récemment l'amputation de la cuisse chez la malade dont M. Picqué vient de vous présenter l'observation. Comme vous pouvez le voir sur la pièce, la récidive était trop étendue pour que l'on pût songer à une nouvelle tentative d'extirpation.

Les muscles du mollet sont absolument farcis de tumeurs de différent volume ; vous pouvez en voir dans toute l'épaisseur de la masse musculaire jusqu'au ligament interosseux. Les ganglions poplités sont envahis.

J'ai donc fait il y a deux mois l'amputation de la cuisse à la partie moyenne et la malade est sortie de mon service en très bon état.

M. Routier. — La présentation de mes collègues Picqué et Walther me rappelle un cas assez analogue que j'ai eu à traiter en juillet 1898.

C'était un homme jeune de vingt-huit ans, qui, en 1894, avait vu se développer au tiers moyen et postérieur de sa jambe gauche une tumeur qui fut enlevée par notre regretté collègue Prengrucher.

Six mois après survenait la récidive qui, cette fois, fut opérée par M. Périer. Nouvelle accalmie de six mois environ, nouvelle opération par M. Potherat. Enfin, après une autre période de six mois, nouvelle récidive opérée par M. Picqué.

Quand il vint me trouver en juin 1898, il en était donc à sa cinquième récidive *in situ* ; il portait au tiers moyen de la face postérieure de sa jambe gauche deux ulcérations de la dimension de deux pièces de 5 francs, séparées par un pont de peau violacée ; sous ces ulcérations, siégeait une grosse tumeur oblongue qui paraissait aller jusqu'au squelette, mais qui cependant me sembla indépendante des os ; il n'y avait pas de ganglions ni au creux poplité, ni au pli de l'aine.

Ma première impression fut très mauvaise, et convaincu qu'on ne pouvait le débarrasser de cette cinquième récidive que par l'amputation de la jambe ou même par la désarticulation du

genou, en raison de ma profonde horreur pour ce genre d'intervention, je lui dis qu'on ne pouvait enlever son mal sans lui faire subir une grave mutilation, et que pour ma part je ne me sentais pas le courage de l'entreprendre. J'essayai même, je dois le dire, de le renvoyer à son dernier chirurgien, à mon collègue Picqué.

Mais comme j'avais guéri quelqu'un de ses parents, de toute autre chose il est vrai, il me supplia de le garder dans le service et d'essayer encore l'ablation de sa tumeur.

J'y consentis et le 2 juillet 1898 je pratiquai une ablation très large de tous les tissus malades, taillant bien entendu dans le tissu sain; je réséquai largement les muscles, ce qui restait du jumeau et du soléaire, je réséquai le nerf tibial postérieur sur 10 à 12 centimètres, j'enlevai autant et plus des vaisseaux tibiaux postérieurs, l'os était à nu.

La réunion fut impossible, le malade pansé à plat; le 8 août, au moment de mon départ en vacances, le malade demanda à rentrer chez lui, il avait encore une large plaie plate à bourgeons blafards.

Mon excellent ami Durant m'avait écrit qu'il s'agissait d'un sarcome à petites cellules; de sorte que je croyais bien mon malade ou mort ou en pleine récidive, lorsqu'il y a à peine deux ou trois semaines, sa femme est venue me consulter.

J'ai appris à ma grande satisfaction que la plaie était parfaitement cicatrisée, que le pied qui d'abord avait gonflé, était redevenu normal, enfin, que la guérison était complète et parfaite.

Je vous disais que j'ai horreur de voir employer contre les sarcomes des membres les grandes mutilations, c'est que je n'ai vu que des cas malheureux, où, après une amputation de l'avant-bras, après une désarticulation de cuisse, on avait dans les trois où six mois une généralisation viscérale.

J'en suis arrivé à préférer les ablations de la tumeur pure et simple ; il me semble qu'on a plus souvent alors de la récidive purement locale; je ne prétends pas de cette façon guérir radicalement les malades, mais il me semble qu'ils durent plus longtemps.

M. Pierre Delbet. — Je demanderai à M. Picqué quel était le siège de la première tumeur qui semble avoir été encapsulée.

M. Picqué. — Elle était située sous les jumeaux, dans le tissu cellulaire, si bien encapsulée que nous avons cru d'abord à un lipome et que c'est seulement l'examen histologique qui nous en a montré la nature.

M. Pierre Delbet. — J'ai opéré une tumeur de la même région, mais pas tout à fait du même siège que celle dont vient de parler notre collègue Picqué. Elle était en effet, dans l'épaisseur du soléaire. Son volume était à peu près celui de mon poing.

J'espérais qu'il s'agissait d'une tumeur à myéloplaxes, mais l'examen histologique montra que c'était d'un sarcome à petites cellules. Les tumeurs musculaires de ce genre que j'avais vues auparavant s'étaient toutes montrées d'une malignité effroyable. Aussi je portai un pronostic très sombre, d'autant plus qu'il s'agissait d'une personne jeune, une jeune fille de dix-sept ans.

Contrairement à mon attente, la tumeur n'a pas récidivé et mon opération remonte à trois ans. J'ai revu la jeune fille à diverses reprises. Elle jouit d'une santé excellente. Il n'y a aucune récidive locale, aucun noyau de généralisation appréciable. On ne peut pas certes répondre absolument de l'avenir. Mais on sait que les chances de récidive diminuent à mesure qu'on s'éloigne de l'époque de l'opération, et d'après la loi de Wolkmann quand trois ans sont révolus, on peut espérer que la guérison est définitive.

M. Quénu. — Je crois que rien n'est plus grave que ces tumeurs intra-musculaires. Elles n'ont chance de guérir que par une opération radicale et il ne faut pas hésiter en pareil cas à sacrifier le membre.

M. Potherat. — Je parlerai dans le même sens que M. Quénu. J'ai vu un malade chez lequel au mois de mai dernier était apparue une petite tumeur de la région antéro-externe de la jambe. Cette tumeur augmenta rapidement de volume, le diagnostic de sarcome ne fit pas de doute et je l'opérai au mois de juillet dernier. Il s'agissait d'une tumeur encapsulée siégeant entre le jambier antérieur et les autres muscles de la région antéro-externe de la jambe. L'histologie démontra qu'il s'agissait d'un sarcome à petites cellules. Six semaines après l'opération. la tumeur commença à récidiver. Je fis l'amputation de la cuisse et le malade est mort tout récemment.

M. Routier. — Cette observation ne modifie pas ma manière de voir, au contraire, et je crois qu'il y a des sarcomes pour lesquels l'amputation est impuissante. Je résumerai mon opinion en disant que parmi les sarcomes, il en est pour lesquels les extirpations sucessives semblent donner de meilleurs résultats que les amputations. Il en est d'autres auxquels il ne faut pas toucher.

M. Picqué. — A l'appui de la gravité de ces tumeurs, je puis citer deux observations de désarticulation de la hanche : la

première a trait à une petite fille atteinte d'un sarcome de la partie moyenne de la cuisse et chez laquelle je désarticulai la hanche. Trois mois plus tard, une fracture spontanée survenue dans l'autre fémur démontrait la généralisation.

Il y a trois mois, j'ai pratiqué à Bichat une désarticulation de la hanche pour une tumeur des muscles de la cuisse. Le malade est aujourd'hui en pleine récidive.

M. Routier. — C'est pour cela que je dis et que je répète : mieux vaut ne pas vouloir guérir les sarcomes au prix de grandes mutilations.

M. Quénu. — C'est pour cela que je dis, moi, que si l'on veut toucher aux sarcomes il faut pratiquer l'amputation.

M. Pierre Delbet. — Je crois qu'à l'heure actuelle, il est bien difficile de discuter avec fruit sur le traitement des tumeurs musculaires.

Les sarcomes sont les plus inconnus des néoplasmes. Je suis, pour ma part, profondément convaincu qu'on range sous cette étiquette commode des choses tout à fait disparates, et que le groupe sarcome sera tôt ou tard complètement démembré.

Jusqu'ici, on ne s'est servi pour apprécier la gravité de ces tumeurs que de la dimension des cellules qui les constituent. Quand nous trouvons des petites cellules, nous déclarons la tumeur très maligne, nous portons un pronostic très grave et en général, nous avons raison. Mais pas toujours. Dans mon cas, la tumeur contenait beaucoup de petites cellules et trois ans se sont passés sans récidive. Dans le cas de Picqué, il s'agissait d'un fibro-sarcome et cependant la tumeur s'est comportée d'une manière bien plus maligne.

On a eu bien des fois de ces surprises et on en aura encore tant qu'on ne saura pas apprécier un autre élément que les dimensions des cellules, je veux dire leur nature. En effet, qu'est-ce qui prouve que les cellules, bien qu'ayant à peu près les mêmes caractères morphologiques, sont de même origine? A côté des tumeurs d'origine conjonctive, n'y en a-t-il pas qui se développent aux dépens d'éléments plus différenciés, aux dépens des cellules musculaires par exemple ? N'y a-t-il pas des myomes embryonnaires?

Il est encore un autre facteur qu'il faut faire intervenir, c'est le facteur étiologique. J'ai soutenu qu'un très grand nombre de sarcomes sont d'origine parasitaire, et que sans doute ils sont produits par des agents pathogènes nombreux et très différents les

uns des autres. S'il en est réellement ainsi, on comprend que la malignité doive être forcément très variable.

Je ne veux pas insister sur ces considérations d'un caractère encore très hypothétique. En restant sur le terrain des faits précis, on ne peut pas ne pas être frappé de la façon très différente dont se comportent les tumeurs étiquetées : sarcome. Les unes respectent les ganglions, mais envahissent les vaisseaux sanguins, particulièrement les veines, et se généralisent de la manière la plus imprévue, la plus irrégulière. Les autres, au contraire, se rapprochent par leur évolution des épithéliomes, envahissent les ganglions, cheminent par les voies lymphatiques, de telle sorte qu'on peut suivre toutes les étapes de leur progression. Ces deux modes d'évolution sont profondément différents et ne peuvent pas se rapporter à des tumeurs de même nature.

Tant qu'on n'aura pas séparé ces formes certainement différentes, tant qu'on voudra établir des règles générales s'appliquant au bloc sarcome tel qu'il est actuellement compris, on fera de la mauvaise besogne.

Quant à la doctrine qui vient d'être exposée et d'après laquelle les amputations à distance exposeraient plus à la récidive que les opérations locales, elle est singulièrement paradoxale. Comment peut-on supposer que l'opération la plus complète est la moins efficace ?

Pratiquement, deux cas peuvent se présenter. Ou bien la tumeur est encapsulée, ou bien elle est diffuse. Quand elle est encapsulée, je crois qu'il faut se borner à l'extirper en se tenant en dehors de sa capsule. Mais quand elle est diffuse, l'opération locale n'a que bien peu de chances d'être suffisante. Les limites microscopiques de la tumeur dépassent toujours de beaucoup ses limites macroscopiques, et il n'y a vraiment rien pour guider l'opérateur. On agit à l'aveuglette. Si j'allais jusqu'au fond de ma pensée, je dirais même que je crois que dans les cas de tumeurs diffuses, l'opération locale augmente les chances de généralisation, en permettant aux cellules néoplasiques de pénétrer dans les vaisseaux lymphatiques ou sanguins largement ouverts par le bistouri, et que bien souvent elle est non pas seulement inutile, mais nuisible.

M. Walther. — Il faut dire que les sarcomes sont essentiellement différents au point de vue de la malignité. La tumeur qui fait l'objet de la présentation de M. Picqué a d'abord été un sarcome du tissu cellulaire, elle n'est devenue que secondairement musculaire. Nous ne pouvons donc discuter comme s'il s'agissait d'une tumeur primitivement musculaire. Les faits prouvent que dans certains cas, les extirpations successives peuvent donner de

bons résultats, au moins quand il s'agit de ces sarcomes du tissu cellulaire. J'ai revu il y a peu de temps un malade que M. Picqué avait opéré il y a trois ans pour un sarcome du genou. Je l'ai opéré de nouveau il y a un an ; j'ai fait l'extirpation très large. Le résultat est jusqu'ici excellent.

Mais dans d'autres formes de sarcome et souvent dans les sarcomes primitifs des muscles, la malignité est extrême et la généralisation rapide malgré l'amputation.

M. ARROU présente, au nom de M. Monod, un *anévrisme artériel fusiforme de l'artère poplitée* extirpé ce matin, à l'hôpital Saint-Antoine.

Élection.

Élection d'une commission pour la nomination à une place de membre titulaire de la Société de Chirurgie.

Nombre des votants : 25.

M. MICHAUX	obtient :	25	voix.
M. BEURNIER	—	25	—
M. DELORME	—	18	—
M. TILLAUX	—	1	—
M. KIRMISSON	—	1	—
M. DELBET	—	1	—
M. GUINARD	—	1	—
M. BAZY	—	1	—
M. G. MARCHANT	—	1	—
M. REYNIER	—	1	—

En conséquence, MM. Delorme, Beurnier et Michaux sont nommés membres de la commission pour la présentation des candidats à la place vacante de membre titulaire de la Société.

Le Secrétaire annuel,

AD. JALAGUIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 11 AVRIL 1900

Présidence de M. RICHELOT

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. TUFFIER, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

A l'occasion du procès-verbal.

Anévrisme poplité. Extirpation.

M. CHARLES MONOD. — Dans notre dernière réunion à laquelle je n'ai pu assister, notre collègue M. Arrou vous a présenté en son nom et au mien, un anévrisme poplité enlevé par nous le matin même à Saint-Antoine. Plusieurs d'entre vous ont regretté que cette présentation ne fût pas accompagnée de quelques détails, que nous pensions donner plus tard lorsque l'observation serait complète. Je réponds à leur désir, en vous les apportant dès aujourd'hui.

Voici d'abord le fait clinique :

OBSERVATION (1). — D..., homme, soixante-cinq ans, de bonne santé habituelle ; opéré autrefois à Saint-Antoine, de hernie crurale étranglée, avec résection de 4 centimètres d'intestin sphacélé.

Ethylisme non avéré, artério-sclérose très nette. Il y a dix mois, D...

(1) Observation recueillie par M. Bonnel, interne du service.

constata l'existence d'une tumeur siégeant dans le creux poplité gauche, lui causant plus de gêne que de douleur.

Actuellement encore, aucune souffrance, aucun phénomène paralytique, aucun trouble sensitif. Parfois, le soir, un peu d'œdème de la jambe et du pied gauches.

Examen. — Tumeur allongée suivant l'axe du creux poplité, tendue, rénitente; volume d'un gros œuf de poule, un peu mobile dans le sens transversal, animée de battements expansifs isochrones avec ceux du pouls, car ils sont nettement arrêtés par la compression de la fémorale à la base du triangle de Scarpa.

Souffle rude, râpeux, qui a son maximum d'intensité vers la partie supérieure du creux poplité; il devient de plus en plus doux à mesure que l'on se rapproche de l'anneau du soléaire.

L'articulation du genou est intacte; la peau, à la surface de la tumeur ne présente non plus aucune modification.

État général. — Celui des artério-scléreux; quelques vertiges; artères dures, dilatées, flexueuses.

Cœur. — Souffle systolique rude, à la base, avec claquement très sec des sigmoïdes aortiques. Arythmie très marquée.

Urines normales.

Opération, 4 avril 1900. — Anesthésie générale au chloroforme, bande d'Esmarch appliquée de la base des orteils à la partie supérieure de la cuisse, en évitant le creux poplité; tube élastique à la racine de la cuisse.

Incision médiane très longue, 25 à 30 centimètres, mise à nu et réclinement en dehors des *nerfs* sciatiques qui sont confiés à un aide. Encore quelques coups de bistouri et l'on est sur la tumeur parcourue de haut en bas par la *veine* poplitée volumineuse, reconnaissable à sa teinte noirâtre. On s'occupe aussitôt de dégager celle-ci à la sonde cannelée, grattant à petits coups sur le sac à son point de jonction avec la veine. Ce temps est rendu laborieux par la très forte adhérence des deux organes entre eux. La séparation se fait d'abord vers la partie moyenne du sac, puis progressivement vers sa partie supérieure.

Parvenu ainsi dans la région du pôle supérieur de la tumeur, j'abandonne la veine pour essayer de me rendre compte de l'état de l'artère au-dessus de l'anévrisme et de la façon dont elle aborde le sac. Il semble bien qu'elle pénètre directement dans l'extrémité supérieure de la poche, que l'anévrisme appartient donc à la variété fusiforme — ce point sera vérifié plus tard. — Je me contente pour le moment d'achever de séparer l'artère de la veine, en ce point, au plus près de la tumeur et de glisser sous l'artère isolée une sonde cannelée.

Nous reprenons alors le travail de dégagement de la veine avec le bec de la sonde cannelée, parfois avec le bistouri, lorsqu'elle tient trop; le poussant plus bas vers le pôle inférieur; toutes les petites branches qui paraissent se détacher de la veine sont à mesure saisies et coupées entre deux pinces.

Toute la partie postérieure de la tumeur est actuellement libérée, son extrémité inférieure qui plonge sous les jumeaux ne l'est pas encore.

Tant pour faciliter le dégagement de cette partie, que pour nous assurer des connexions exactes de l'artère avec le sac, nous nous décidons à fendre celui-ci de haut en bas sur presque toute son étendue. Il ne contient pas de sang, mais seulement quelques débris fibrineux, sans caillots stratifiés.

Le doigt dans la cavité constate avec la plus grande netteté les deux orifices de la tumeur, situés aux deux extrémités de son axe longitudinal, l'anévrisme est donc indubitablement fusiforme et non sacciforme.

La ligature de l'artère devra donc être faite aux deux pôles extrêmes de la tumeur. Elle est aussitôt placée sur le bout central déjà isolé, à la soie fine, au ras du sac.

Reste encore à libérer le bout périphérique. La veine n'est pas encore de ce côté complètement dégagée. Le travail est repris à la sonde cannelée; il est toujours très pénible, et se complique du fait que la veine se bifurque et qu'il faut agir avec plus de prudence encore.

Ici un incident. De la face postérieure du sac, près de son extrémité inférieure, en un point qui n'avait pas été intéressé par l'incision faite pour l'ouvrir, se détache un faisceau vasculaire qui va se perdre dans les jumeaux — évidemment constitué par les artères jumelles — perdues pour la circulation, puisque provenant du sac et devant tout à l'heure être enlevées avec lui. Il me paraît qu'elles peuvent être sans inconvénient sectionnées, ce qui hâtera d'autant le dégagement du pôle postérieur. Cette section faite, nous constatons que nous avons en même temps coupé un assez gros rameau nerveux qui, glissant au ras et presque dans l'épaisseur du sac, nous avait échappé lors de l'isolement des troncs nerveux.

J'ajoute immédiatement que la section de ce rameau, qui était, je crois, celui du soléaire ou peut-être le saphène externe, n'aura sans doute pas de suite fâcheuse. A la fin de l'opération, le bout central n'ayant pu être retrouvé, l'extrémité du bout périphérique a été anastomosé avec le sciatique poplité interne, par fente de celui-ci et fixation dans son épaisseur, à l'aide d'un fil de catgut, du rameau nerveux coupé.

Finalement, le pôle inférieur de la tumeur est atteint, la veine séparée en ce point, non sans peine, de l'artère, et celle-ci coupée au ras de la tumeur, puis liée avec un fil de soie fine.

Il ne reste plus qu'à enlever le sac. Il est actuellement complètement dégagé de la veine, séparé de l'artère à ses deux extrémités, il tient encore cependant très ferme. C'est au bistouri et aux ciseaux, à petits coups, en le rasant de près, qu'on achève de le séparer des parties fibreuses profondes avec lesquelles il est comme fusionné.

La distance qui sépare les deux extrémités artérielles liées est de 12 centimètres; le sac lui-même un peu rétracté ne mesure guère moins de 11 centimètres.

Ligatures et pansement. — Avant d'enlever le tube hémostatique. nous lions tous les petits vaisseaux pincés au cours de l'opération.

La compression élastique supprimée, il ne reste plus que sept ou huit

ligatures à faire, surtout veineuses. Nous constatons cependant avec satisfaction qu'il y a au moins un vaisseau donnant du sang en jet, probablement une branche de l'articulaire moyenne. La veine, aussitôt distendue par le sang qui la parcourt, est intacte. La plaie est réunie au crin, sans drainage. Le membre est enveloppé dans une épaisse couche d'ouate chaude. Durée *totale*, cinquante-huit minutes.

12 avril. — L'opération date de huit jours. Il n'y a eu aucune réaction, aucune souffrance. Le pied est resté chaud, les orteils intacts. On ne sent pas encore les battements de la pédieuse.

Remarques. — Cette observation prête à un certain nombre de réflexions, toutes ayant trait au manuel opératoire, qu'il nous a paru, à M. Arrou et à moi, utile d'exposer à nouveau.

L'*incision* tout d'abord. — Il la faut grande, d'apparence trop grande, dépassant les limites du sac très largement : c'est le seul moyen de *voir*, et ici il faut voir, sous peine de compromettre le résultat par une ligature placée trop loin des points où l'artère aborde le sac et s'en détache. Mais c'est là un détail commun à bien d'autres opérations.

Les points principaux sont la façon de se comporter à l'égard des *nerfs*, de la *veine* et du *sac*.

Les nerfs. — Le sciatique poplité externe est loin, puisque l'incision est médiane. Mais l'interne est dans l'axe même de la plaie. Il faut l'écarter, et l'écarter en dehors.

Un point mérite d'être précisé. En bas, la veine saphène externe aborde la poplitée en s'engageant, ordinairement, entre les deux nerfs. En tirant d'une façon trop brusque sur le sciatique poplité interne, on risquerait de rompre la saphène, ou même de l'arracher à son embouchure dans la poplitée, ce qui serait plus grave évidemment. En disséquant tout le nerf à la sonde cannelée, de haut en bas, en prenant son temps, on évite avec certitude semblable accident.

La veine. — Déjà, sans qu'intervienne dans le creux poplité une poche anévrismale, il est quelque peu malaisé d'isoler la veine de l'artère, encore que le vaisseau veineux ait une paroi solide, dense, grise, tout à fait « artérielle » et risquant peu la rupture. Survienne un anévrisme, la veine, appliquée sur lui, accolée intimement à sa poche, demande une longue, patiente, minutieuse dissection.

Il est vrai qu'on la voit. La bande élastique, outre qu'elle saute le creux poplité, n'a guère prise sur le contenu de la veine, engagée entre les condyles.

On la voit donc. La règle semble donc être de commencer à la disséquer, non pas par tel point ou tel autre, mais par celui où on

la distingue d'emblée le mieux. On parachève ensuite son isolement de proche en proche.

Encore un petit détail au sujet de la veine. La sonde qui l'isole se heurte, chemin faisant, aux branches qu'elle reçoit. La prudence la plus élémentaire commande de les couper au bistouri, entre deux pinces ou mieux deux fils, et défend de les briser par traction. Ici, comme à la jugulaire et ailleurs, on risquerait d'emporter un lambeau du gros vaisseau poplité lui-même.

D'ailleurs, la ligature en cours de route des veines secondaires a un autre avantage. L'opération finie, la bande enlevée, fort peu de pinces restent à placer, et on y voit pour les placer. Il n'en serait pas de même si toutes les veinules coupées donnaient en même temps.

Le sac. — Reste la question du sac, la plus importante naturellement. Le chirurgien doit être guidé par ce principe absolu, qu'il faut, surtout dans les anévrismes de la partie moyenne, être économe d'artère, n'enlever que juste ce qu'il faut, serrer de près le sac avec les fils, ménager en un mot tout ce qu'il peut des articulaires.

Or, on ne sait pas, d'emblée, s'il s'agit d'un fusiforme ou d'un sacciforme, s'il existe un centimètre d'artère malade aboutissant à un gros sac (sacciforme), ou toute une artère longuement malade et à enlever dans toute cette longueur (fusiforme).

Il ne paraît pas qu'il y ait d'autre moyen *sûr* de le savoir que d'ouvrir le sac. Cette pratique n'a aucun mauvais côté. Le reproche possible, « renvoi par le doigt de caillots dans le bout inférieur », ce reproche ne peut être adressé au chirurgien prudent, dont les doigts limitent la partie basse de la tumeur, et font, par expression, sourdre les caillots inférieurs hors de l'incision.

En revanche, l'ouverture primitive du sac a le mérite énorme de montrer exactement, à point nommé, où commence et où finit l'anévrisme, s'il est fusiforme ou sacciforme, le lieu précis où seront posées tout à l'heure les ligatures. Sans compter que, plus tard, pour terminer l'isolement resté incomplet peut-être de la veine, cette manœuvre est la seule qui donne la certitude de n'être pas en fausse route.

En somme, l'ouverture du sac au cours de l'opération de l'anévrisme poplité semble aussi nécessaire, aussi sage — bien que pour des raisons différentes — que l'ouverture du sac herniaire dans la cure radicale.

Le *pansement* est bien connu. Après quelques catguts jetés sur ce qui saigne (l'articulaire moyenne dans le cas actuel, liée à l'aiguille), après réunion complète sans drainage, le membre est

copieusement enveloppé dans de l'ouate chauffée, et posé sur un coussin mou.

Toute pression, tout contact prolongé doivent, en effet, être redoutés. La petite escarre talonnière, malléolaire, si difficile à éviter, dit-on, se verra sans doute moins souvent, si le coussin est changé de place, le pied lui-même modifié dans sa situation, reposant deux heures sur le talon, deux heures sur le bord externe, puis laissé en porte-à-faux, le membre appuyé sur le coussin au niveau du tiers inférieur de la jambe.

Après quelques jours, quand le pied est vraiment chaud, on peut revenir de cette sévérité des premiers temps, mais on ne saurait trop se défendre de la gangrène des téguments par contact prolongé.

Rapports.

Trois cas d'appendicite. Résection de l'appendice. Guérison, par M. le médecin-principal Billot (de Poitiers),

M. CHAUVEL, rapporteur.

Si l'on en juge par nos Bulletins, la question de l'appendicite, loin d'être résolue, demande à être envisagée sous des points de vue nouveaux et dignes d'attention. Le court travail de M. Billot, dont j'ai mission de vous rendre compte, montre une fois de plus combien variées sont les conditions dans lesquelles se présente l'appendicite, combien différents ses modes d'évolution. Chez son premier opéré, le diverticule adhérent au cæcum, emprisonne en quelque sorte dans un repli de l'épiploon, bien que déjà perforé et entouré d'une petite collection purulente, était tellement isolé par des adhérences, que l'abcès en grossissant eût probablement frayé sa voie du côté de l'intestin, sans menacer directement le péritoine.

A l'opposé, l'appendice chroniquement enflammé de son second malade, siège d'un coprolithe, avait contracté des adhérences intimes avec le péritoine pariétal. C'est donc du côté de la paroi abdominale antérieure, que le pus aurait pu le plus facilement fuser, si la maladie avait été abandonnée à son évolution naturelle.

Enfin, le troisième patient de M. Billot présentait un appendice chroniquement aussi et moins profondément altéré, mais absolument libre dans la cavité péritonéale. Dans ce cas, si la folliculite devenant plus intense avait abouti à l'ulcération et à la perfora-

tion, nul doute que l'infection du péritoine n'eût été rapide et probablement dangereuse.

Dans ces conditions, nous dit notre confrère, l'intervention était légitime et la résection de l'appendice malade a mis les patients à l'abri de tout danger pour l'avenir. Ces observations, ajoute-t-il, mettent bien en relief les avantages du traitement chirurgical, en opposition avec les aléas de l'abstention et du traitement médical.

Certes, la lecture du travail de M. Billot m'a conduit aux mêmes conclusions en ce qui concerne l'intervention dans les trois faits qu'il nous communique. Mais s'il pense que toujours l'appendicite doit entraîner l'ablation immédiate du diverticule, je ne saurais me ranger à son opinion, et j'estime que souvent cette affection peut être guérie par un traitement médical approprié.

Messieurs, je vous propose de déposer dans nos Archives le travail de M. Billot et d'inscrire l'auteur dans un rang honorable sur la liste des candidats au titre de correspondant national.

Recherches expérimentales sur les amyotrophies d'origine articulaire, par MM. Mally et Mignot.

Rapport par M. HENRI HARTMANN.

Les très intéressantes recherches expérimentales que deux de mes élèves, MM. Mally et Mignot, vous ont apportées, ont trait à une question encore obscure, celle de la pathogénie de ces amyotrophies réflexes qui surviennent au cours des maladies articulaires et que connaissent cliniquement tous les chirurgiens.

Généralement connues sous le nom d'*atrophies réflexes d'origine articulaire*, ces atrophies ont été étudiées par Charcot qui les désignait sous le nom de *paralysie spasmodique amyotrophique*, résumant dans cette dénomination les trois caractères principaux de l'affection : spasmes, atrophie, paralysie ; ces atrophies s'accompagnant, vous le savez, de parésie, d'exagération des réflexes et d'une diminution quantitative de l'excitabilité électrique.

Vulpian et surtout Charcot ont bien montré que les caractères cliniques de ces paralysies ne permettent de leur attribuer ni une origine névritique, ni une origine myopathique ; par exclusion, ils leur reconnaissaient pour cause une altération myélopathique.

Les nerfs articulaires irrités retentiraient par voie centripète sur les cellules motrices des cornes antérieures de la moelle (1). Ce n'était là qu'une hypothèse.

(1) Charcot. *Leçons du Mardi*, 1887-1888, p. 333.

A l'appui de cette hypothèse vinrent les expériences de Raymond et Deroche (1) qui montrèrent qu'après section des racines postérieures de la moelle on pouvait provoquer des arthrites du genou sans atrophie musculaire consécutive, alors que vous savez, depuis les expériences de Valtat (2) que toute arthrite du genou est constamment suivie d'une atrophie musculaire de la cuisse.

Aussi comprend-on que l'on se soit attaché à rechercher dans ces cas d'atrophie musculaire réflexe l'existence de lésions médullaires.

Klippel (3) les constata dès 1888 chez un malade atteint d'une vieille arthrite du genou et ayant succombé à une maladie intercurrente. Il trouva une atrophie pigmentaire, une disparition des prolongements et surtout une diminution de nombre des cellules des cornes antérieures de la moelle.

Son observation resta isolée et en 1891, MM. Duplay et Cazin reprirent la question expérimentalement (4).

Ils constatèrent quelques lésions de filets nerveux articulaires liées à l'inflammation propagée de l'articulation aux tissus périarticulaires au milieu desquels cheminent ces filets nerveux, mais ne trouvèrent aucune altération de la moelle. Aussi arrivèrent-ils à cette conclusion, qu'ils croyaient définitive, que « l'atrophie ne peut s'expliquer que par une action dynamique, un simple réflexe dû à l'irritation des filets terminaux des nerfs articulaires ».

Les recherches de MM. Mignot et Mally vont nous montrer qu'il n'en est rien et que la moelle est anatomiquement altérée, tout au moins dans des circonstances bien déterminées, ce qui nous explique comment certaines de ces amyotrophies demeurent absolument incurables.

Leurs expériences constituant de véritables documents pour la question, nous les transcrivons ici :

Expériences de Mignot et Mally.

TECHNIQUE GÉNÉRALE DES EXPÉRIENCES. — Nous avons réalisé de l'arthrite expérimentale chez des chiens de petite taille présentant les apparences d'une bonne santé, en nous conformant aux précautions suivantes : les chiens étant attachés sur une table d'opération spéciale, sorte de gouttière à vivisection, la région du genou gauche était soigneusement brossée au savon, lavée à l'eau tiède, rasée avec soin et

(1) Deroche. Thèse de Paris, 1890. *De l'atrophie musculaire consécutive aux maladies des articulations.*

(2) Valtat. Thèse de Paris, 1877.

(3) Klippel. *Bulletins de la Société anatomique*, 18 novembre 1887, p. 721, et 13 janvier 1888, p. 37.

(4) Duplay et Cazin. *Archives générales de médecine*, 1891, t. I, p. 5.

enfin lavée une dernière fois à l'acide phénique en solution à 5 p. 100. On pratiquait alors l'injection intra-articulaire en enfonçant l'aiguille d'une seringue de Pravaz stérilisée *en dehors du ligament rotulien*, un peu au-dessous de la rotule, de façon à pénétrer directement dans l'articulation sans blesser les surfaces articulaires. L'injection faite, quelques gouttes à deux centimètres cubes, l'aiguille était retirée, et l'épaisseur des tissus traversés dispensait de pratiquer l'occlusion de la piqûre. Suivant les cas les injections articulaires ont été uniques ou répétées jusqu'à cinq et six fois, à intervalles plus ou moins éloignés. Les animaux ont été maintenus en observation pendant des espaces de temps variant entre onze mois et dix jours. Au bout du temps déterminé, ils étaient sacrifiés par inhalation de vapeurs de chloroforme.

Nous avons déterminé chez un chien une arthrite expérimentale septique en injectant dans l'articulation une culture pure de streptocoque à virulence exaltée.

Chez un autre animal, nous avons injecté des cultures de colibacille, et plus tard de streptocoque, stérilisées par l'addition de formol.

Enfin, chez six autres chiens, nous avons déterminé des arthrites en injectant, avec les précautions décrites, une solution stérilisée de chlorure de zinc à 10 p. 100 en plus ou moins grande quantité et à plusieurs reprises.

Les résultats *immédiats* de ces opérations ont été la production d'arthrites véritables accompagnées de douleur, de craquements articulaires, d'impotence fonctionnelle et, enfin, d'atrophie de plusieurs muscles de la cuisse. Les chiens injectés au chlorure de zinc tenaient la patte repliée sous le ventre et, pendant une heure ou deux, gardaient le repos; la réaction douloureuse ne paraissait pas durer beaucoup plus longtemps, mais la claudication restait très accusée.

L'*évolution* des arthrites a été très différente selon les modes d'injection.

Avec le chlorure de zinc, la claudication, très apparente au début, allait s'atténuant, malgré l'augmentation de volume de l'articulation malade; l'atrophie musculaire était appréciable dès la fin de la première semaine. Dans la plupart des cas, les symptômes d'arthrite s'éteignirent très vite, de sorte que l'on fut amené à pratiquer de nouvelles injections irritantes, du moins pour les animaux destinés aux expériences de longue durée. Avec les produits microbiens vivants, la réaction générale fut violente, mais la réaction locale à peu près nulle. Avec les toxines stérilisées, l'effet local et général fut à peu près nul objectivement.

Enfin, *au terme de l'expérience*, tous les animaux étaient en bonne santé, vifs, alertes, ne paraissant souffrir aucunement de leur articulation malade ni de leurs muscles atrophiés.

Arrivés au terme fixé pour la durée de l'expérience, les animaux ont été sacrifiés uniformément par inhalation chloroformique. Tous ont succombé dès la première inspiration longue de vapeurs de chloroforme, la respiration et les battements du cœur s'arrêtant instantanément.

Immédiatement, la moelle a été extraite du canal rachidien en pratiquant une brèche au niveau de la région cervicale. En introduisant l'extrémité d'une pince coupante dans le canal vertébral, on sectionne facilement les parois de chaque côté sans léser la substance nerveuse et l'on peut avoir tout le segment inférieur de la moelle comprenant le filum terminale, le renflement lombaire et toute la moelle dorsale sans solution de continuité et sans accident. La moelle, fixée sur une plaque de liège, est incisée transversalement au rasoir, centimètre par centimètre, puis immergée dans l'alcool ordinaire où elle séjourne pendant dix jours environ en changeant l'alcool de temps en temps. Le durcissement terminé, on coupe complètement les fragments à deux incisures de distance, de sorte que la moelle se trouve débitée en morceaux de deux centimètres environ, portant chacun une incisure au milieu. Chaque morceau est mis à part dans un petit flacon étiqueté rempli d'alcool absolu. De cette façon on peut repérer facilement les fragments d'après leur aspect, et on ne peut confondre l'extrémité antérieure avec l'extrémité postérieure. La déshydratation demande quatre à huit jours en remplaçant l'alcool absolu toutes les vingt-quatre heures.

Etat des muscles. — Les triceps ont été disséqués avec soin à droite et à gauche, puis détachés de leurs insertions et pesés immédiatement. La différence de poids indique le degré d'atrophie. On peut se rendre compte que ce degré d'atrophie n'est pas directement en rapport avec la nature de l'arthrite, mais plutôt avec l'intensité de la lésion articulaire. Dans l'arthrite septique, la diminution a été de 18 p. 100 seulement, tandis que dans les arthrites chimiques, cette diminution s'est élevée à 31 p. 100. La durée de l'arthrite n'a pas d'influence sur le degré de l'atrophie; au bout de dix jours nous avons constaté 30 p. 100 de diminution en poids et 28 p. 100 et 31 p. 100 au bout de neuf et onze mois.

Les muscles atrophiés avaient le même aspect que les muscles sains, au volume près; la coloration était la même ; il ne paraissait s'être produit aucune propagation de l'inflammation articulaire au tissu musculaire voisin de l'articulation. Le nerf crural était également diminué de volume.

État des articulations : les articulations des sujets soumis aux injections de chlorure de zinc présentaient des altérations considérables ; l'extrémité condylienne du fémur était augmentée de volume, les cartilages articulaires étaient érodés; dans un cas, la rotule était soudée au fémur; le liquide intra-articulaire était abondant, visqueux, couleur rouge brun, mais non purulent. Il fut reconnu stérile dans les cas où on l'a examiné. La synoviale était épaissie et colorée par de nombreux vaisseaux dilatés. Dans les cas d'injections de cultures microbiennes ou de toxines animales, il n'y avait aucune lésion macroscopique de l'articulation.

Les réactions électriques furent prises aux différents stades de cette atrophie. Elles présentaient constamment les caractères suivants : diminution de l'excitabilité faradique et galvanique du côté malade, sans altération qualitative de l'excitabilité galvanique. Il est

difficile de traduire cette diminution d'excitabilité par des chiffres, parce que les sujets ne sont jamais en résolution musculaire au moment de l'examen.

Technique microscopique. — Les fragments de moelle sont inclus dans la celloïdine et fixés sur un morceau de bois, en ayant soin de mettre l'extrémité inférieure du fragment en bas.

Les coupes sont faites suivant les règles ordinaires au microtome à glissoire. Nous avons pris la précaution de repérer avant la coupe, l'orientation de la moelle. L'extrémité supérieure du fragment étant en haut, le bloc de collodion est découpé d'une façon asymétrique; la surface de la coupe représente un trapèze dont l'un des côtés est droit et l'autre oblique. Le côté oblique est à gauche. De telle sorte qu'en orientant sur la lame porte-objet la coupe suivant la même disposition, on n'est pas exposé à les monter à l'envers; les côtés droit et gauche sont donc très sûrement repérés. Les coupes sont pratiquées par séries de dix de la même épaisseur, colorées dans le même bain toutes à la fois et montées le même jour. Elles sont examinées le jour suivant.

Le procédé de contrôle qui nous a paru le plus simple et le plus indiscutable est la numération des cellules des cornes antérieures de la moelle. Nous avons été conduits à adopter le procédé de coloration de Nyssl, qui est suffisamment connu pour que nous n'ayons pas à le décrire. Dans le champ du microscope, la pièce paraît entièrement claire; seules les grosses cellules des cornes antérieures se détachent en bleu intense avec leurs noyaux et leurs prolongements.

La numération des cellules est un procédé qui manque de précision absolue. Certaines coupes présentent, à côté de cellules entières et parfaitement isolées, des débris qui ressemblent à des cellules plus petites, de sorte qu'il n'est pas possible, sur une seule coupe, d'arriver à un résultat absolument fixe. Deux observateurs se livrant successivement au travail de numération sur la même pièce obtiennent rarement le même chiffre. Cependant, il est à remarquer que l'écart est moins considérable qu'on ne pourrait le supposer tout d'abord; il se réduit à 3 ou à 4 p. 100 en moyenne. D'un autre côté, l'équation personnelle portant sur les deux côtés de la moelle à la fois, la proportion n'est pas altérée. Plusieurs fois, nous avons refait le même travail de numération sur une série de dix coupes en suivant un ordre différent. Nous avons obtenu des résultats numériques différents, mais la proportion à droite et à gauche n'était jamais sensiblement altérée. Le procédé consiste, en somme, à compter le nombre des cellules à droite et à gauche sur la même pièce, à inscrire les résultats dans deux colonnes et à additionner le nombre total des cellules contenues dans dix coupes successives à droite et à gauche. Le nombre de ces cellules varie de dix à cinquante environ suivant les étages de la moelle.

A cette condition, le procédé de numération nous paraît donner un ensemble de conditions de certitude suffisant.

Quant aux régions de la moelle, sur lesquelles nos coupes ont porté, voici le mode de répartition que nous avons adopté : Un trait passe un peu au-dessus du maximum du renflement lombaire; un second

trait distant du premier de 1 centimètre environ, un peu au-dessous. L'extrémité inférieure de la moelle donne trois autres fragments à peu près de même longueur; au-dessus, on réserve un cinquième fragment de même importance. L'expérience nous ayant appris que la raréfaction des cellules porte sur toute la hauteur du renflement lombaire et s'arrête un peu au-dessus, il nous a paru inutile d'avoir recours pour découper les différents étages de la moelle à des procédés de mesure de précision, qui, dans l'espèce, paraissent très difficiles à réaliser.

Nous avons pratiqué un total de 157 coupes en série par séries de dix environ. Ce sont les résultats numériques donnés par l'examen de ces coupes qui nous ont permis d'apprécier par des chiffres la diminution du nombre des cellules. La corne antérieure correspondant au côté lésé, on peut se rendre compte que les résultats concordent assez exactement avec ceux que donne la diminution de poids des muscles, sauf pour le cas d'arthrite récente (chien n° 4). Toutes les moelles ont été examinées par le même procédé aux mêmes points de repère et nous ont permis de constater les mêmes différences.

Obs. I. — Chien n° 1, de taille moyenne, provenant de la fourrière de la préfecture de police, bon état de santé. — L'examen de la moelle pratiqué en série au-dessous du renflement lombaire nous a permis de vérifier que le total des cellules contenues dans neuf coupes successives est sensiblement le même à droite et à gauche.

Certaines coupes présentent une différence notable, à droite et à gauche, mais, sur l'ensemble de neuf coupes consécutives, les écarts se compensent à peu près exactement.

GAUCHE	DROITE	GAUCHE	DROITE
28	21	19	19
39	21	14	21
17	34	30	20
33	28	25	19
27	27	19	21
31	32	21	20
20	26	21	22
195	189	28	30
		177	172

Obs. II. — *Arthrite septique.* Chienne adulte, ratier. — Le 17 novembre 1898, injection dans l'articulation du genou gauche de cinq gouttes de liquide prélevé dans le dépôt d'une culture de streptocoque de Marmorek réensemencée sur bouillon et sérum d'ascite le 14 novembre. Réaction générale violente; l'animal reste couché pendant deux jours sans prendre de nourriture ; le 21 novembre, on constate un œdème considérable de la jambe jusqu'au talon; légère claudication. Le 3 décembre, l'œdème a disparu, on constate un certain degré d'atrophie du triceps gauche, il existe de la claudication. La contractilité électrique est diminuée. Le 20 décembre, l'atrophie ne paraît pas

s'accentuer et la claudication a disparu. Nouvelle injection de quinze gouttes de la même culture ayant trente-six jours de date; réaction très peu accentuée. Le 25 janvier, il n'existait pas d'impotence fonctionnelle. Sacrifiée le 15 février. Le triceps droit pèse 80 grammes, le gauche 65 grammes, rapport p. 100 : 18. Durée totale de l'expérience : trois mois.

La moelle examinée par la méthode de Nyssl montre une diminution du nombre des cellules dans la corne gauche.

Cette diminution est variable d'une coupe à l'autre, mais, sur presque toutes les coupes examinées, elle se chiffre par plusieurs unités en faveur de la corne droite. Les cellules de la corne gauche paraissent souvent dépourvues de prolongements et moins vivement colorées que celles de la corne droite qui présente, au contraire, des prolongements nets et nombreux.

Obs. III. — *Arthrite par toxines microbiennes.* Petite chienne blanche à longs poils en bonne santé. — 7 octobre 1898. — Injection dans l'articulation du genou gauche d'une seringue de culture de colibacille datant de deux jours, et stérilisée par le formol.

11 octobre. Pas de réaction articulaire, sauf un peu de gonflement des tissus. Nouvelle injection de la même culture datant de six jours.

25 octobre. Pas de réaction. Injection d'une seringue de la même culture datant de vingt jours.

9 novembre. Injection d'une culture de coli provenant des voies urinaires d'une malade du service de M. Terrier, datant de neuf jours, 2 centimètres cubes.

17 novembre. Nouvelle injection de 2 centimètres cubes de la même culture, pas de réaction.

26 novembre. Injection de 2 centimètres cubes d'une culture de streptocoque stérilisée au formol. Cette culture avait quatre jours de date, sur bouillon et sérum. Vive réaction douloureuse; impotence fonctionnelle marquée, claudication. Le 3 décembre, l'atrophie était apparente; les réactions électriques étaient diminuées.

6 décembre. Nouvelle injection de 2 centimètres cubes de la même culture stérilisée. Forte réaction, douleur, atrophie considérable. Mais le 24 janvier la claudication et la gêne avaient disparu.

L'animal, sacrifié le 18 août 1899, présente une diminution de poids du triceps gauche de 20 grammes; poids du triceps droit, 75 grammes; gauche; 65 grammes, diminution; 15 p. 100.

La moelle examinée en série donne les chiffres suivants :

HAUTEUR	NOMBRE DES CELLULES		RAPPORT P. 100.	
	gauche.	droite.		
—	—	—	—	
3	183	214	14 p. 100	total de 9 coupes successives.
4	225	300	11 —	— de 8 coupes successives.
5	138	152	9 —	— de 9 coupes successives.

Rapport p. 100. En poids : 15 p. 100.

Obs. IV. — Une chienne de un an reçoit le 29 juillet 1899, dans les conditions ordinaires, une injection intra articulaire de dix gouttes d'une solution de chlorure de zinc à 10 p. 100.

Pas de réaction douloureuse immédiate, mais, le lendemain, elle conserve la patte gauche repliée sous le ventre et ne s'appuie pas dessus. Sacrifiée le 8 août 1899. Durée, dix jours. Poids respectif des triceps : droit, 100 grammes, gauche, 70 grammes. L'articulation contenait quelques gouttes d'un liquide trouble et épais. Ensemencé sur gélose il n'a pas donné de culture.

Examen de la moelle en série aux hauteurs 3 et 4.

HAUTEUR	NOMBRE DES CELLULES		POIDS DES TRICEPS	
	gauche.	droite.	gauche.	droite.
3	273	307	70 gr.	100 gr.
4	297	310		

Rapport p. 100. En poids : 30 p. 100.
En nombre de cellules : 11 p. 100 et 4 p. 100.

Obs. V. — Une jeune chienne reçut le 2 février huit gouttes de chlorure de zinc à 10 p. 100; le 7, cette chienne ne présentant qu'un peu de gonflement périarticulaire sans claudication, on injecte à nouveau dix gouttes de chlorure de zinc à 10 p. 100. Sacrifiée le 13 février. Durée de l'expérience, onze jours. L'articulation contient un liquide louche séro-sanguinolent; les cartilages sont rosés et friables, la synoviale est injectée.

Poids respectif des triceps : gauche, 90 grammes; droit, 120 grammes. Rapport : 25 p. 100.

L'examen de la moelle a montré une diminution inégale du nombre des cellules des cornes antérieures du côté gauche; à gauche les cellules paraissent dépourvues de prolongements, en grande partie.

L'examen en série n'a pu être pratiqué.

Obs. VI. — Un chien de taille moyenne a été injecté au chlorure de zinc, huit gouttes à 10 p. 100, le 2 février 1899, articulation du genou gauche; puis, le 7 février, il reçut dix gouttes de la même solution.

Sacrifié le 28 février. Durée de l'expérience, vingt-six jours.

Résultat, en poids, des triceps : gauche, 150 grammes; droit, 175 grammes. Rapport : 14 p. 100.

L'état de l'articulation était le même que précédemment : injection de la synoviale, liquide séro-sanguinolent articulaire, les cartilages étaient légèrement érodés.

L'examen microscopique de la moelle a montré une altération dans la forme des cellules de la corne antérieure gauche consistant en la diminution des prolongements; leur nombre est diminué sur presque toutes les coupes.

Obs. VII. — Ce chien reçut une seule injection intra-articulaire de 10 gouttes de chlorure de zinc à 10 p. 100 le 6 décembre 1898.

Malgré une réaction immédiate peu sensible il présentait, le 20 décembre, une atrophie de la cuisse gauche très notable. Cette atrophie paraissait s'être encore accentuée le 24 janvier, la claudication était complète. Au bout de huit mois et demi, il fut sacrifié, le 18 août 1899.

Les poids respectifs des triceps étaient de : 180 grammes à droite; 145 à gauche. Rapport p. 100 : 19.

La moelle put être examinée en série, aux hauteurs 3 et 4. Les résultats numériques sont :

HAUTEUR	NOMBRE DES CELLULES		RAPPORT P. 100 numérique.	
	gauche.	droite.		
3	154	192	19 p. 100	11 coupes successives.
4	374	412	9 —	9 coupes successives.

Les lésions articulaires étaient accentuées.

Obs. VIII. — Chien ratier de petite taille. Cet animal reçoit le 24 septembre deux gouttes d'une solution de chlorure de zinc à 10 p. 100 dans l'articulation du genou gauche. Il boite pendant trois jours, mais le 28 septembre il peut s'appuyer sur sa patte, l'articulation paraît augmentée de volume, les mouvements passifs ne sont pas douloureux.

Le 30, on note un certain degré d'atrophie du triceps, l'articulation est douloureuse à la pression. Le 1er octobre, on note un peu d'épanchement articulaire.

Le 2 novembre, nouvelle injection de huit gouttes de chlorure de zinc. Les jours suivants, on assiste à une réaction locale très vive, la claudication est très marquée pendant quinze jours environ; on perçoit des craquements articulaires ; l'atrophie du triceps paraît s'accentuer.

Les réactions électriques montrent une diminution de l'excitabilité sans altérations qualitatives du choc galvanique.

Le 24 janvier l'atrophie paraît stationnaire, les extrémités osseuses articulaires sont augmentées de volume, la claudication persiste. La santé générale de l'animal est excellente, ce chien a conservé la vivacité de mouvements des animaux de sa race. Lorsqu'il est obligé de faire un brusque détour, la patte gauche est maintenue relevée pendant les quelques pas suivants.

Sacrifié le 29 juin 1899, l'expérience a duré neuf mois.

Poids respectif des triceps : 115 grammes à droite et 80 grammes à gauche. Diminution p. 100 : 31.

La moelle a été examinée en série sur toute la hauteur du renflement lombaire à cinq hauteurs différentes, repérées ainsi que nous l'avons expliqué plus haut.

Voici le résumé de ces résultats numériques.

HAUTEUR	NOMBRE DES CELLULES droite.	gauche.	RAPPORT P. 100.	
—	—	—	—	
6	86	85	0 p. 100	9 coupes.
5	175	151	13 —	7 coupes.
4	427	318	25 —	14 coupes.
3	588	425	28 —	16 coupes.
2	80	54	32 —	9 coupes.

On peut voir que la diminution des cellules est au maximum au-dessous du renflement lombaire, et qu'elle n'est plus appréciable à un centimètre au-dessus du renflement.

Obs. IX. — Une chienne de petite taille reçoit le 5 septembre une injection intra-articulaire de 4 gouttes de teinture d'iode au genou gauche. Le 17, on n'observe aucune réaction. Le 23 septembre, 2 gouttes de chlorure de zinc à 10 p. 100. Claudication. Le 28, on note un léger gonflement de l'articulation ; les mouvements passifs ne sont pas douloureux, pas d'atrophie apparente. Le 29, on perçoit des craquements articulaires ; les réactions électriques paraissent normales à droite et à gauche.

Le 4 octobre, l'arthrite paraissant éteinte, on réinjecte 5 gouttes de chlorure de zinc à 10 p. 100. Le 10 octobre, on note une réaction inflammatoire violente, douleurs, claudication.

Le 3 décembre, l'atrophie est très nette et les réactions électriques sont diminuées quantitativement à gauche.

Le 24 janvier, l'atrophie persiste, mais la gêne fonctionnelle est peu marquée.

Sacrifiée le 18 juillet 1899. A cette date il existait une légère claudication. L'articulation contenait quelques gouttes d'un liquide clair. Le fémur était érodé sur le rebord des condyles ; la synoviale était modérément injectée.

Poids respectif des triceps : droit, 70 grammes ; gauche, 50 grammes. Rapport p. 100 : 28.

L'examen de la moelle n'a pas été exécuté en série, mais les préparations qui ont été faites à toutes les hauteurs ont montré la diminution constante du nombre des cellules de la corne antérieure gauche.

Ces expériences montrent que dans huit cas d'amyotrophie réflexe d'origine articulaire examinés, la moelle a toujours présenté une diminution du nombre des grandes cellules motrices dans la corne antérieure correspondant au côté malade. La constance des résultats obtenus autorise à considérer ce fait comme indiscutable. Cette tuméfaction se montre sur une assez grande étendue de la moelle, toute la hauteur du renflement lombaire.

Au-dessus du renflement, la différence entre la corne droite et la corne gauche disparaît.

La lésion médullaire existe, quelle que soit la nature de l'arthrite, qu'il s'agisse d'une inflammation d'origine microbienne, d'une arthrite déterminée par l'injection de toxines microbiennes stérilisées ou même, simplement, par l'injection intra-articulaire d'une solution stérilisée de chlorure de zinc au dixième.

La diminution du nombre des cellules motrices de la corne antérieure est en rapport avec le degré de l'atrophie du triceps, sauf dans un cas d'arthrite récente où elle est moindre.

Je ne voudrais pas d'un aussi petit nombre d'expériences tirer des conclusions définitives. Cependant, je crois que dès maintenant, on peut fortement mettre en doute les conclusions de MM. Duplay et Cazin, qui croyaient à l'absence complète de lésions médullaires, absence qui s'explique peut-être, pour un certain nombre de leurs expériences, par ce fait que souvent ils avaient sacrifié leurs chiens au bout d'un temps relativement court, de 4 à 35 jours.

M. Kirmisson. — M. Hartmann vient de nous dire qu'entre les résultats obtenus par MM. Cazin et Duplay d'une part et par MM. Mignot et Mally d'autre part, la différence tenait peut-être à l'époque à laquelle les examens avaient été pratiqués. On peut se demander si la moelle a été primitivement atteinte, ou bien, si cet organe n'a fait que subir le retentissement secondaire de névrites périphériques. Il faudrait, pour élucider cette question, qu'un même observateur refît à la fois et les expériences de MM. Cazin et Duplay et celles de MM. Mignot et Mally.

M. Reynier. — S'il existe des lésions de la moelle dans ces amyotrophies consécutives aux arthrites, ces lésions doivent être secondaires et de peu d'importance, si j'en juge par ce que j'ai vu survenir chez des chiens à la suite de traumatismes.

Il n'est pas rare, en effet, de voir chez des chiens de chasse, à la suite de traumatismes, se déterminer des arthrites, qui s'accompagnent d'atrophie musculaire considérable, au point de voir la disparition presque absolue des muscles. Or, si on suit l'évolution de ces accidents, on voit tout d'abord l'arthrite débuter : le chien boite; puis, peu à peu, il ne se sert plus du tout de sa jambe; alors apparaît, peut-être sous l'influence de névrite périphérique, l'atrophie musculaire. Comme je l'ai dit, celle-ci, très considérable, fait que l'animal ne peut plus mouvoir sa jambe, il ne s'en sert plus et quelquefois pendant un temps très long. On croirait que

l'animal doit rester infirme, et cependant, on voit sous l'influence du massage, et surtout du travail, l'arthrite disparaître peu à peu, l'atrophie musculaire rétrocéder et l'animal retrouver toutes les fonctions de son membre. Ce sont là des faits qui sont bien connus de tous les chasseurs, et, je le répète, fréquemment observés.

Il faut donc, devant ces guérisons, admettre que ces lésions médullaires, si elles existent, doivent être bien peu profondes et doivent tenir à la perte de la fonction.

Il se produit probablement quelque chose d'analogue à ce qui se passe chez les jeunes animaux auxquels on a pratiqué des amputations et qui font des atrophies des centres nerveux correspondants, atrophies qui disparaîtraient si on pouvait leur rendre le membre, comme nous le rendons aux chiens qui ont eu des arthrites.

M. Hartmann. — M. Kirmisson vient de nous dire qu'il y avait peut-être névrite, tout au moins au début, M. Reynier s'appuyant sur le retard des fonctions, arrive, en somme, à la même conclusion, une névrite. — Je ne comprends pas très bien; je ne vois pas pourquoi, si une lésion d'un tronc nerveux peut rétrocéder, une lésion médullaire ne le pourrait pas.

Du reste, les neuropathologistes, qui étudient leurs malades au point de vue nerveux d'un peu plus près que nous, affirment que les caractères constatés au cours des atrophies d'origine articulaire correspondent très nettement à une affection de la moelle.

En même temps que l'atrophie qui nous frappe, il y a de la paralysie et un certain degré de spasme, de la diminution de l'excitabilité électrique et une augmentation des réflexes, tous symptômes étant, nous disent Charcot et Vulpian, sous la dépendance de la moelle. La question qui se posait n'était donc pas de savoir si le siège des lésions est dans la moelle ou dans les nerfs. Les symptômes dépendent de la moelle, le fait est acquis. La question était : répondent-ils à des troubles purement fonctionnels ou à des lésions bien réelles de la moelle? Les expériences de MM. Mignot et Mally tendent à nous faire croire qu'il y a bien réellement lésion anatomique.

Sur le prolapsus du rectum, à propos d'une observation du Dr Pauchet (d'Amiens).

Rapport par M. le Dr GÉRARD MARCHANT.

Le Dr Victor Pauchet (d'Amiens) vous a adressé une observation de *prolapsus du rectum* qu'il a traité par la *recto-coccypexie* dont je vous ai donné ici le manuel opératoire en 1889. Le 7 mars 1900, il vous a présenté son opéré chez lequel la guérison se maintient absolue depuis deux ans.

Cet homme, depuis l'âge de quatre ans, était affligé de cette infirmité qui chaque année devenait plus gênante en raison de l'accroissement progressif de volume du prolapsus. A chaque garde-robe, le rectum se déplissait hors de l'anus, et le malade passait plusieurs minutes à le réduire à l'aide des doigts.

Quand le Dr Pauchet vit cet homme en mai 1898, il constata un relâchement extrême du sphincter anal, qui laissait pénétrer l'index directement dans l'ampoule rectale. Celle-ci paraissait spacieuse, à parois fortement plissées. Le doigt ne rencontrait rien qui ressemblât à un polype ou à un néoplasme. Il pria le patient de faire effort comme pour aller à la selle, et il vit sortir de l'anus un segment intestinal rouge et violacé. La masse présentait 12 centimètres de longueur sur 9 de largeur.

« L'indication opératoire, dit M. Pauchet, était nette. Il fallait : 1° rétrécir l'anus, en excisant une partie de sa circonférence (anoplastie);

2° Diminuer la capacité de l'ampoule rectale, en plissant ses parois à l'aide de sutures passées suivant la hauteur et suivant la largeur (rectoplastie);

3° Fixer cet organe trop libre à la paroi postérieure du squelette pelvien (rectococcypexie).

« Pour atteindre ce triple but, sans aucune modification, j'ai suivi la méthode de M. Gérard Marchant.

« Deux incisions curvilignes furent menées de la partie moyenne et latérale de l'anus, jusqu'au coccyx. Il en résulta un lambeau cutané ovalaire qui fut excisé. Je dissociai sur la ligne médiane les fibres du releveur de l'anus, et je découvris l'ampoule rectale. La paroi postérieure de celle-ci fut largement décollée en hauteur et en largeur. Je faufilai alors quatre fils en catgut passés de droite à gauche, et formant quatre étages parallèles. J'évitai de charger la muqueuse, grâce à l'index gauche introduit dans le rectum. Je liai les deux extrémités de mes quatre fils, ce qui réalisa le plissement vertical de l'intestin.

« Pour diminuer ensuite la hauteur du segment rectal, je sectionnai un des deux chefs de chacune des quatre ligatures transversales, et je nouai le premier fil avec le deuxième, et le troisième avec le quatrième.

« Je fixai enfin l'ampoule rectale au sacrum et au coccyx, en passant à l'aide d'une aiguille les quatre fils dans les tissus fibreux et musculaires qui s'insèrent aux bords du sacrum et du coccyx.

« Il restait alors une plaie assez profonde formée par la partie postérieure des fosses ischio-rectales et le segment réséqué de la circonférence anale.

« Cette plaie rappelait celle qui résulte de l'ablation du lambeau muqueux au cours d'une colpopérinéorraphie. Je rapprochai les surfaces cruentées par des points profonds et superficiels. L'anus fut ainsi rétréci, et le périnée rendu résistant,

« Le malade fut constipé pendant huit jours. Depuis ce temps, il va régulièrement à la garde-robe, et le prolapsus n'a jamais eu tendance à la reproduction. »

Cette observation est muette comme toutes les autres sur la *pathogénie du prolapsus*, et cette ignorance de la cause première de ce déplacement nous explique la difficulté de classer ses *différentes variétés* et de leur appliquer un traitement rationnel.

Cette question n'est pas de celles qui passionnent, mais permettez-moi cependant de saisir cette occasion pour vous exposer quelques idées encore nouvelles sur le mécanisme du prolapsus rectal.

Avec Cruveilhier, Esmarch (1), beaucoup d'entre vous admettent que le prolapsus muqueux est initial, que l'hédrocèle est secondaire, et ainsi s'expliquerait la fréquence du prolapsus du rectum chez les sujets ayant eu dans leur enfance une *éversion*, un *ectropion* de la muqueuse.

Pour Fichl (2), le prolapsus serait toujours précédé par le catarrhe du rectum, il y a œdème de la sous-muqueuse, et la contraction de la musculeuse de la muqueuse chasse cette muqueuse qui entraîne les autres parois de l'intestin.

En France, nous considérons ce catarrhe muqueux comme secondaire, non comme primitif, et nous faisons jouer un rôle important à l'affaiblissement de la musculature du rectum (sphincter, releveur de l'anus).

Jeannel (3) a une conception différente de la pathogénie du

(1) Esmarch, cité par Ludlow.
(2) Fichl, cité par Ludlow.
(3) Jeannel, *Leçons sur le prolapsus rectal.*

prolapsus. Ce sont les moyens de fixité supérieurs du rectum (le *mésocôlon* et le *mésorectum*) dont la faiblesse est surtout en jeu, car on peut voir disparaître par un traumatisme les sphincters inférieurs sans que le prolapsus se produise. Vous connaissez sa comparaison du rectum avec un prisonnier enchaîné dans sa cellule. Même la porte ouverte, il ne pourra sortir. Mais si la chaîne est brisée, ou peut s'allonger (ligaments rectaux) il suffira de l'occasion, c'est-à-dire de la porte ouverte un instant, pour que le prisonnier s'échappe... et la porte anale sphinctérienne sera forcée un jour ou l'autre. La constipation serait le processus initial et le catarrhe rectal serait secondaire.

Dans ces derniers temps, Ludlow (1), assistant de von Eiselsberg à Kœnigsberg, a rapporté à la HERNIE PERINÉALE PRIMITIVE (2) la cause de *tous les prolapsus du rectum.*

Ceci mérite quelques explications. Le cul-de-sac péritonéal recto-vésical, qui dans les premières phases de la vie embryonnaire descendait jusqu'au voisinage du périnée constituant le canal de Douglas (3), s'est replié au niveau du tiers supérieur des vésicules séminales.

Dans sa portion rectale, le péritoine est fusionné avec la paroi antérieure du rectum, formant corps avec lui, et il n'est pas possible de concevoir son déplacement sans entraînement péritonéal et réciproquement. (Voir fig. 1.)

Or, dans ce cul-de-sac vésico-rectal, dans ce ballon péritonéal, comme dit Ludlow, que trouve-t-on? Des anses intestinales, et vous les voyez figurées ici sur la figure 2. Que sous l'influence d'une poussée continue, d'un effort répété (constipation), de

(1) Ludlow, *Arch. de chir. de Langenb.*, 1899, p. 717.

(2) Cruveilhier a beaucoup insisté sur la présence du cul-de-sac péritonéal dans la partie antérieure du prolapsus vrai, dès que le prolapsus atteint un certain volume, et ce cul-de-sac abaissé est merveilleusement figuré dans une des planches de son Atlas (t. II, 21e livr., pl. VI, fig. 3), il ne lui répugne pas d'admettre que des anses intestinales peuvent pénétrer dans ce cul-de-sac. Gosselin professait que dans tout prolapsus de cinq à six ans, il existe toujours une hédrocèle. Mais cette hédrocèle est secondaire, tandis que pour Ludlow elle est primitive et l'origine de tous les accidents.

(3) Voici d'après Waldeyer, les variations de hauteur de ce *cul-de-sac péritonéal :*

Chez l'embryon mâle, il descend jusqu'à la partie membraneuse de l'urètre; *femelle*, sur les 2/3 de la paroi vaginale postérieure.

Nouveau-né, mâle, jusqu'à la base de la prostate; *femelle*, 1/3 sup. du vagin.

Adulte, mâle, à 2 centimètres environ de la base de la prostate; *femelle*, à 3 centimètres au-dessous de l'insertion du vagin.

Distance de l'anus, homme, 5 à 7 centimètres; femme, 5 à 6 centimètres variable).

l'affaiblissement de la paroi rectale (1) et peut-être d'une malformation congénitale de ce cul-de-sac, la paroi antérieure soit refoulée, elle cède, s'allonge, étire ses moyens d'union et s'invagine dans la lumière rectale. La paroi antérieure est suivie dans



Fig. 1. — Prolapsus du rectum. Figure schématique.

Le cul-de-sac péritonéal et la paroi antérieure du rectum sont refoulés dans la cavité de l'ampoule rectale. La paroi postérieure est entraînée secondairement.

ce déplacement de la paroi latérale, de la paroi postérieure, sans grands moyens de fixité et le prolapsus est constitué.

(1) « Le rectum par sa musculature et ses moyens de fixité résiste d'abord à cette poussée qu'exagère la constipation: mais si par l'amaigrissement disparaît le coussinet graisseux, si une diarrhée chronique a affaibli la musculature du rectum, ce sont autant de conditions favorables pour l'efficacité de la pression du ballon péritonéal.

« Lorsque dans cet angle il s'est formé une fois une *disjonction*, une *séparation*, des anses intestinales viennent se loger dans ce diverticule, et elles

Ludlow a trouvé la hernie périnéale primitive huit fois sur treize cas, et il n'est pas prouvé que dans les cinq autres cas, elle n'existait pas !

Si ce mécanisme est exact, si l'hédrocèle primitive précède toujours le prolapsus en invaginant le rectum à la même hauteur,

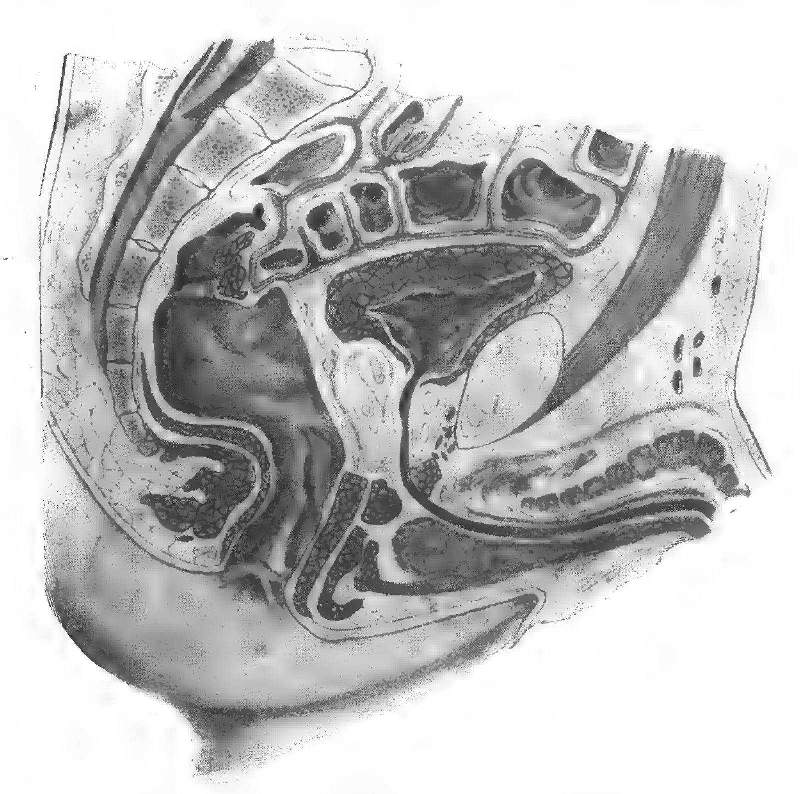


Fig. 2. — Coupe sagittale d'un bassin d'homme (d'après Bardeleben. Anat. topog.).

Le cul-de-sac de Douglas plus accusé que normalement renferme des anses d'intestin grêle. On peut remarquer l'hypertrophie des fibres musculaires à ce niveau, constituant le sphincter de Nélaton.

quelles sont les conséquences anatomiques d'un pareil déplacement?

agissent comme un coin, partie en détachant l'intestin, partie en refermant sa paroi (fig. 2.)

« Il est facile de se rendre compte par le toucher rectal de la pression qui s'exerce à ce niveau, et au cours d'opérations, le volet sacré permet de voir l'excursion de l'intestin dans la scissure péritonéale.

« La hernie périnéale est donc pour Ludlow la cause essentielle de tout pro-

Notez sur ces fig. (2, 3) que la réflexion du cul-de-sac péritonéal correspond presque mathématiquement au repli muqueux valvu-

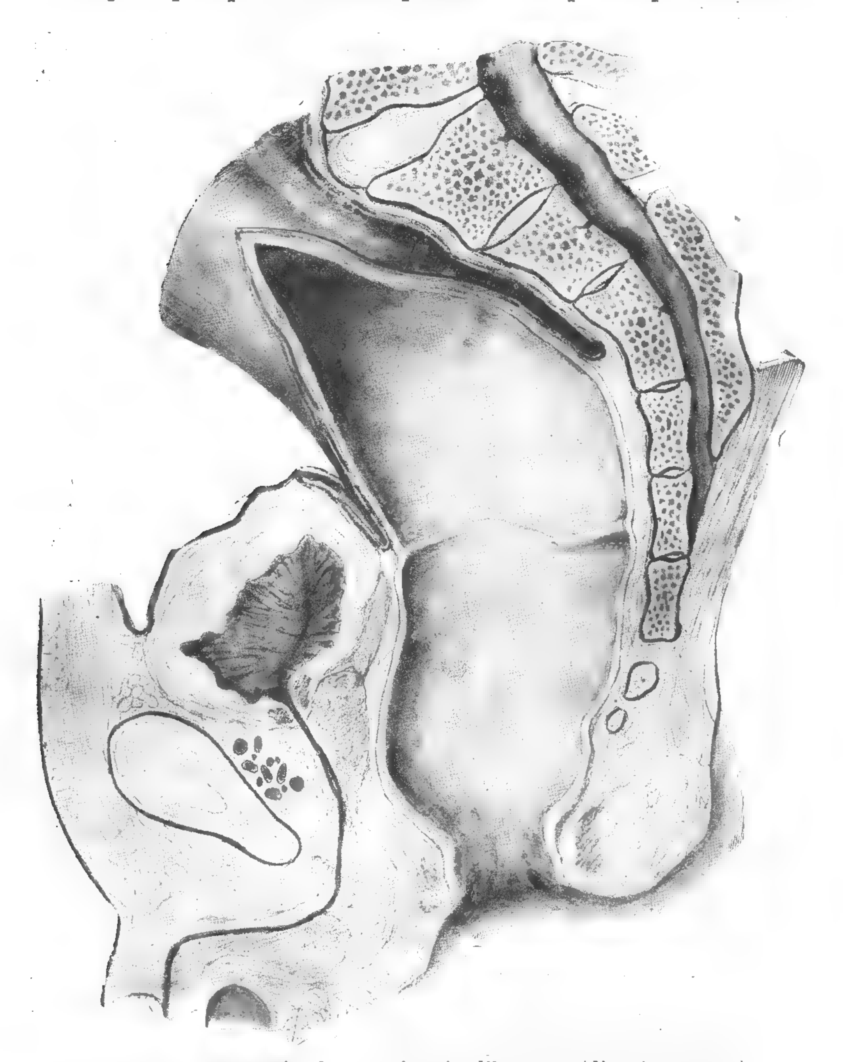


Fig. 3. — Coupe sagittale d'un bassin d'homme (d'après nature).

Cette coupe montre la disposition de la valvule supérieure du rectum et sa situation par rapport au cul-de-sac péritonéal.

laire du rectum, doublé de fibres musculaires que nous appe-

lapsus. Dans le sac de cette hernie rentre la paroi antérieure de l'intestin. Waldeyer dans son anatomie du bassin, fait jouer aussi à la hernie périnéale le principal rôle. »

lons le 3e sphincter ou sphincter de Nélaton. Cette corrélation est importante : elle est figurée dans l'atlas de Cruveilhier, dans les livres récents d'anatomie, et sur cette coupe antéro-postérieure du bassin, dessinée d'après nature par les soins de mon ami

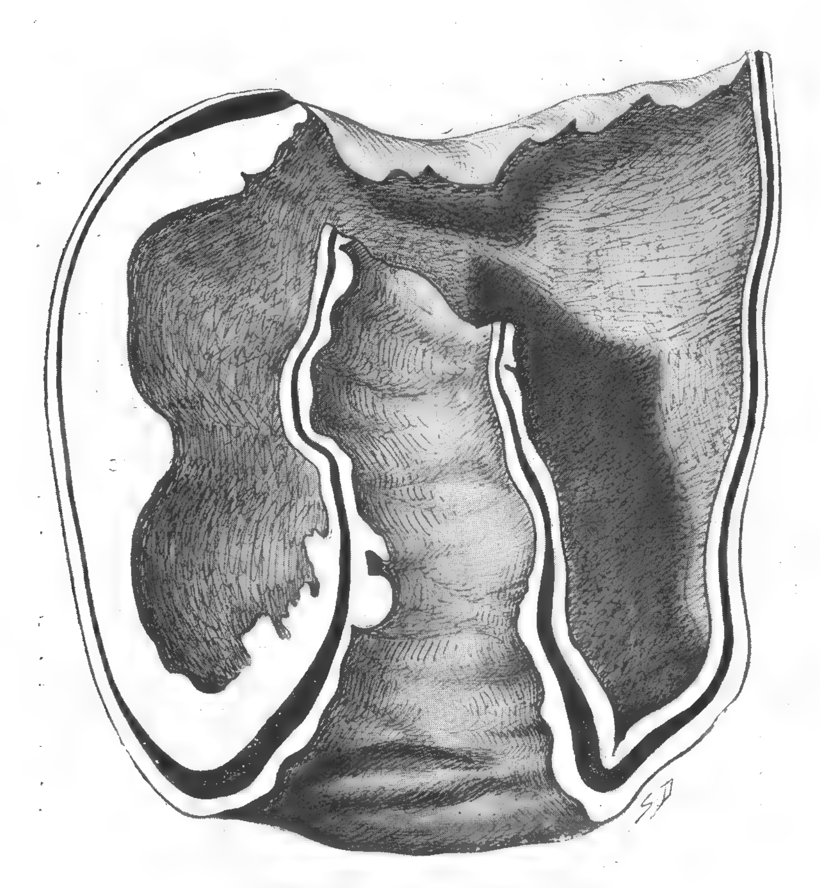


Fig. 4. — Coupe sagittale d'un prolapsus ano-rectal extirpé chirurgicalement.

On voit le sac de l'hédrocèle, — la valvule qui se trouve à l'orifice du prolapsus, — la couche musculaire du rectum épaissie à la base (sphincter interne) ainsi qu'au sommet du prolapsus (sphincter de Nélaton). Ludlow. *Arch. f. kl. Chir.*, 1899, Bd LX.

M. Herbet, prosecteur à Clamart, nous pouvons en contrôler la parfaite exactitude (fig. 3). Eh bien, dans cette variété de prolapsus la plus fréquente, ce repli valvulaire descend et se retrouve à la partie inférieure du prolapsus, il en borde l'orifice, commande sa

forme ovaloïde, et vous le retrouverez nettement sur cette pièce congelée empruntée au travail de Ludlow (fig. 4).

Ne m'objectez pas que c'est la muqueuse seule qui descend, puisque la valvule n'est pas constituée par un simple repli muqueux, qu'elle est doublée de fibres musculaires circulaires, et que je vous montre ici ces fibres musculaires formant le sphincter (fig. 2 et 4) (1).

Cette constante est une preuve d'un mécanisme toujours le même, et vient donner un sérieux appui à la théorie de Ludlow.

Ainsi s'expliquent la *longueur* du prolapsus, *sa forme* et la *disposition de son orifice.*

Sa hauteur, disent les observations, varie de 8, 10, 12, 15 centimètres. Ce sont justement les différences de hauteur, variables par conséquent, auxquelles correspond (2) sur un rectum le sphincter de Nélaton.

La forme en est spéciale, on l'a comparé à une MASSUE, à une QUILLE, à une RUCHE. La base de la quille est au niveau de l'orifice anal.

L'orifice du prolapsus qui laisse passer l'index n'est pas rond, il est ovale et bordé sur l'un des côtés par la saillie musculo-muqueuse (fig. 4), dont je viens de parler. Il regarde en arrière, la pression de la hernie à la partie antérieure repoussant en arrière l'ensemble du prolapsus.

J'avais toujours été frappé de la brusquerie avec laquelle, sous l'influence de la volonté, se reproduisait chez un homme *jeune, bien musclé*, à *sphinter continent* le prolapsus rectal. Au commandement pour ainsi dire, et en une seule ou deux poussées, ne voit-on pas le cylindre rectal forcer le sphincter et émerger de l'anus? Lorsque j'employai l'expression de prolapsus de force, pour caractériser cette issue brusque de l'intestin, je ne me doutais pas que j'étais si près de la vérité. Avec la théorie de Ludlow, ces particularités s'expliquent!

Un autre point sur lequel je veux insister est le moment d'apparition de ce prolapsus; ils se montrent dans le jeune âge, à quatre ans dans l'observation de M. Pauchet, à trois ans dans une observation personnelle.

(1) Les fibres musculaires, si développées chez certains sujets, et notamment dans la fig. 2, ne témoignent-elles pas de l'effort que la poussée abdominale exerce et réalise au niveau de ce cul-de-sac vésico-rectal?

(2) Voici d'après Waldeyer le siège de ces valvules :

Valvules : Ordinairement, 2, latérales, demi-circulaires; 1 inférieure gauche, à 7-8 centimètres de l'anus; 1 supérieure droite, à 9-10 centimètres de l'anus; parfois, 1 *seule*, alors à 6 centimètres 1/2, mais nombreuses variations.

Puisqu'il s'agit le plus souvent d'une affection de l'enfance, ne pourrait-on pas se demander s'il n'existe pas une disposition congénitale du péritoine (persistance du canal de Douglas, abaissement, longueur du cul-de-sac) qui favorise la production du prolapsus.

Mais cette hypothèse toute personnelle a besoin d'être vérifiée.

La théorie de Ludlow cadre donc bien avec toutes les différentes particularités jusqu'ici laissées dans l'ombre du prolapsus rectal (1).

Elle nous permet aussi de faire l'accord sur les différentes *variétés cliniques* du prolapsus.

Le prolapsus *muqueux* n'est qu'une *éversion de la muqueuse*, un *ectropion*, un *chémosis* de cette tunique, comme on l'a dit encore, c'est, suivant l'expression imagée de Cruveilhier, la doublure qui dépasse l'habit! Nous nous entendons tous sur ce déplacement partiel, et nous ne le confondons pas avec le *prolapsus rectal ou ano-rectal*, que caractérise anatomiquement ce refoulement en dedans du rectum de toutes ses tuniques constituantes. Le prolapsus rectal et ano-rectal sont deux degrés, deux stades différents de la même affection. Ce retournement en dedans de toutes les tuniques du rectum commence, nous le savons sûrement, au niveau du 3e *sphincter* (sphincter supérieur, sphincter de Nélaton). C'est en somme *l'ampoule rectale qui participe au prolapsus*, et suivant que cette ampoule est complètement hors de l'anus ou incomplètement, le prolapsus est ano-rectal ou rectal (fig. 5).

C'est là le *prolapsus rectal* bien différent de *l'invagination du côlon* à travers le *rectum et l'anus*, et qui n'est qu'un mode rectal de l'invagination intestinale. C'est ce que Cruveilhier appelait la précipitation à travers l'anus d'une invagination de la continuité de l'intestin.

Le traitement du prolapsus rectal va-t-il se trouver modifié par cette conception nouvelle de sa pathogénie?

Puisqu'il s'agit d'une *hernie périnéale primitive*, ne faudrait-il pas agir directement sur le sac herniaire pour remédier au prolapsus? Cette opération de cure radicale de la hernie périnéale dans le prolapsus est encore à créer, c'est peut-être l'opération de demain!

L'insuffisance de la résection, ses dangers, ses récidives s'ex-

(1) Cette conception nouvelle de la pathogénie du prolapsus est peut-être applicable sinon à tous, du moins à certains prolapsus utérins. Depuis que mon attention est attirée sur ce point, j'ai vu dans un cas de précipitation utérine, et sous l'influence de la toux, l'utérus être projeté au dehors comme une véritable hernie, et au-dessus de lui j'ai nettement senti les anses intestinales.

pliquent clairement par la présence du cul-de-sac péritonéal, qui persiste après l'exérèse, quel que soit le procédé employé.

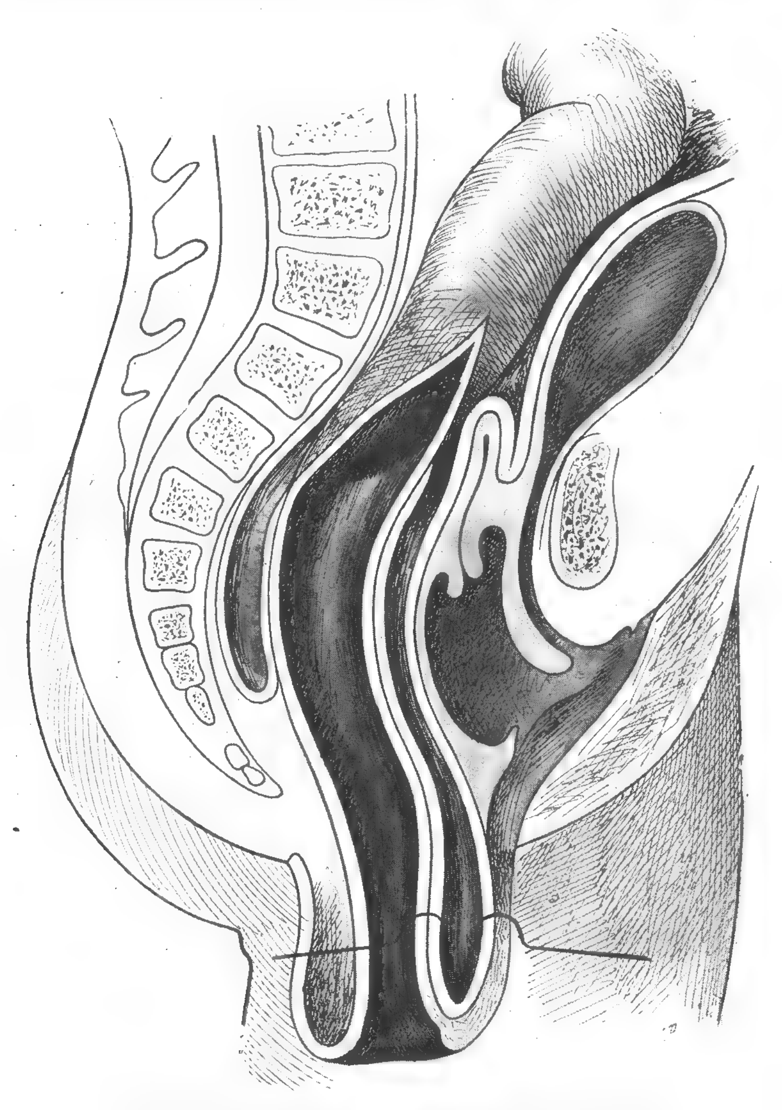


Fig. 5. — Prolapsus ano-rectal (d'après Von Esmarch).

On voit la cavité de l'hédrocèle dont les érignes écartent les deux parois.

La *recto-coccypexie* n'est-elle pas la véritable thérapeutique de la variété *rectale ou ano-rectale* du prolapsus?

C'est l'ampoule rectale qui est prolabée, en rétrécissant cette

ampoule en hauteur, en largeur, et en la suspendant à une paroi stable, on remédie sûrement à sa hernie. Mais comme je l'ai souvent recommandé, les fils suspenseurs doivent s'avancer très en avant sur les parties latérales du rectum, car leur action limitée à la partie postérieure, ne fixerait que d'une façon partielle, insuffisante, le cylindre!

Je m'explique ainsi les succès de M. Pauchet, venant après les miens ou ceux de mes collègues, et ceux plus nombreux que le Dr Francke (de Berlin), assistant du professeur Olshausen, a bien voulu publier en 1899, dans les Archives allemandes de chirurgie.

Je suis donc autorisé à conclure que la recto-coccypexie est l'opération de choix dans la variété du prolapsus rectal ou ano-rectal (1).

Je vous propose, Messieurs, de publier l'observation de M. Pauchet, point de départ de ce rapport, de vous souvenir que notre confrère d'Amiens est à l'avant-garde des chirurgiens instruits, et que son nom doit être inscrit dans un rang honorable, lorsqu'il sollicitera nos suffrages.

M. Tachard. — J'ai opéré un malade d'après le procédé de M. Gérard Marchant. Ce malade revu plusieurs mois après l'opération, était dans un état aussi satisfaisant que possible. Je crois me rappeler pourtant que je fus obligé de lui faire la dilatation de l'anus, quand il rentra de congé de convalescence.

M. Reynier. — Je voudrais ajouter quelques mots à la communication très intéressante que vient de nous faire mon ami Gérard Marchant.

Il existe pour moi plusieurs variétés de prolapsus du rectum : aussi je ne crois pas qu'on puisse donner une théorie pathogénique unique.

J'admets très volontiers avec M. Marchant qu'il existe certains prolapsus qui sont des prolapsus de force, de véritables hernies se produisant peut-être comme il le dit. J'ai opéré en effet deux malades qui semblent se rapporter à ce qu'il nous décrit. Chez ces deux malades, j'ai dû pratiquer la résection du rectum, suivant la technique qui a été indiquée par M. Nélaton ; chez un de ces malades, M. Nélaton a même bien voulu m'aider de ses conseils.

Mais ce sont là des cas exceptionnels, rares ; à côté de ces pro-

(1) Le massage du rectum prolabé a donné quelques succès en développant et renforçant les fibres musculaires du cylindre rectal, ainsi mieux assuré contre la poussée intestinale !

lapsus, il en existe où le prolapsus ne porte que sur la muqueuse manifestement; les prolapsus hémorroïdaux en sont un exemple; il suffit d'agir sur la muqueuse par des cautérisations, de déterminer des centres cicatriciels pour obtenir des guérisons.

D'autres prolapsus sont de véritables ptoses dues à l'affaiblissement du releveur de l'anus, c'est-à-dire du soutien musculaire du rectum, on les voit se produire chez des gens dont les parois abdominales sont flasques, et qui sont affectés d'autres ptoses.

Dans ces cas la rectopexie telle que la préconise M. Gérard Marchant, rend de réels et de très grands services. C'est une opération que j'ai déjà faite une dizaine de fois, et dont j'ai toujours eu à me louer.

Il existe enfin une autre variété de prolapsus sur laquelle on n'a pas assez insisté jusqu'à présent, et qui est due à l'affaiblissement, ou à la destruction du plancher périnéal et du sphincter anal. Le prolapsus rectal se produit alors comme se produisent les prolapsus vaginaux dans les cas de déchirure de la vulve.

Si on veut dans ces cas avoir un résultat durable, il faut à la rectopexie joindre la réfection du plancher périnéal et lutter contre la chute du rectum, comme on lutte contre la chute de l'utérus. La rectopexie remplace l'hystéropexie, et pour refaire le plancher périnéal, je conseille de faire sur la ligne médiane en avant et en arrière deux incisions en forme de V ouvert du côté de l'anus. Au moyen de ces incisions assez profondes, j'enlève une certaine étendue de la muqueuse, de manière à rétrécir l'orifice anal et je réunis les deux lèvres de l'incision, au moyen de fils profonds que je place comme dans une colpopérinéorraphie.

J'ai obtenu ainsi trois beaux succès chez des malades où cette insuffisance du plancher périnéal, comme cause du prolapsus, était de toute évidence. L'un de ces malades était une femme, qui, disait-elle, avait été opérée à Bichat et à laquelle on aurait, d'après son dire, fait un kraske; elle n'avait plus de sphincter, et, par l'orifice largement béant, qui servait d'anus, le rectum se prolabait comme se prolabe l'intestin dans un anus contre nature. Je lui fis une rectopexie, puis, en même temps, je diminuai son orifice anal, comme je viens de le dire plus haut, ajoutant même aux deux incisions antéro-postérieures des incisions latérales. La malade guérie put partir à Madagascar, d'où elle m'a donné de ses nouvelles, me disant que son prolapsus ne s'était pas reproduit, quatre mois après mon intervention.

Chez un autre malade, le prolapsus s'était produit à la suite d'une opération pour fistule anale, dans laquelle on avait sectionné le sphincter dans toute sa hauteur. — Même opération — rectopexie, et restauration de l'anus. Guérison.

Enfin un troisième malade était un homme de cinquante ans, chez lequel le sphincter paraissait complètement atrophié; l'anus était béant au point de pouvoir laisser entrer facilement la main. Là encore, après avoir fait la rectopexie, je diminuai par deux incisions en V, l'orifice anal et je pus obtenir la guérison.

Je crois donc qu'à côté des prolapsus de force, il existe d'autres variétés de prolapsus dont l'étiologie est différente et il faut tenir compte de cette étiologie dans le choix du traitement opératoire.

M. Hartmann. — M. Reynier vient de rapprocher une série de lésions absolument dissemblables. Il est évident que, dans sa communication, notre collègue M. Gérard Marchant n'a eu en vue qu'une variété de prolapsus, la *chute du rectum* proprement dite. Cette maladie n'a aucun rapport avec le prolapsus des hémorroïdaires dont vient de nous parler M. Reynier. Nous ne discutons en ce moment ni la pathogénie, ni le traitement de ce dernier. En écoutant l'intéressante communication de M. Marchant, j'étais frappé de voir combien elle répondait exactement à ce que j'avais observé. Notre collègue décrivait mieux que je n'aurais su le faire ces chutes du rectum qui se présentent toujours avec le même aspect : tumeur de dimensions toujours identiques, piriforme, à base anale, à sommet terminal un peu incurvé en arrière par suite de la traction qu'exerce dans ce sens le méso-rectum tiraillé, à face antérieure bombant pendant l'effort par suite de la présence d'un cul-de-sac péritonéal de ce côté et d'une hernie intestinale dans ce cul-de-sac.

Dans sa communication, M. G. Marchant comparait cette chute du rectum à une hernie, et, faisant ce rapprochement, il nous parlait avec quelque timidité d'une distinction entre des prolapsus de force et des prolapsus de faiblesse. J'aurais été moins timide. Il faut distinguer ces deux prolapsus, et, pour ma part, j'ai vu deux fois de véritables *prolapsus de force,* il s'agissait de malades qui, à la suite d'efforts violents, avaient vu sortir brusquement une tumeur ayant tous les caractères habituels de la chute du rectum et qui, n'ayant pu la rentrer, étaient venus immédiatement à l'hôpital.

Dans les deux cas, j'ai pu par des pressions méthodiques, réduire le prolapsus en commençant par son sommet. Je comptais dans la suite faire cette excellente opération de la recto-coccypexie, que notre collègue nous a enseignée, mais dans les deux cas, le prolapsus réduit est resté réduit et je n'ai pas eu à faire la moindre opération. Il s'agissait bien évidemment de prolapsus de force, d'une sorte de hernie de force du rectum.

L'intervention opératoire n'est nécessaire que lorsque les

divers moyens de soutien du rectum (corps périnéal, releveurs, aponévroses sacro-rectales, replis péritonéaux) ont perdu de leur résistance. Ce n'est que contre les prolapsus de faiblesse que nous avons à agir chirurgicalement.

Sur un seul point, je me sépare de M. Gérard Marchant, c'est lorsqu'il nous parle, à propos de la fréquence du prolapsus du rectum chez l'enfant, de la possibilité d'un cul-de-sac péritonéal ante-rectal anormalement développé et lorsqu'il nous dit que si le prolapsus est si fréquent chez l'enfant, c'est que probablement il existe chez ce dernier, dans certains cas, une disposition congénitale comparable à celles qu'on trouve pour la hernie inguinale, une anomalie de développement dans le cul-de-sac, qui fait que le trajet existe pour ainsi dire et que l'effort n'agit qu'en amenant la hernie rectale chez un malformé. Je ne crois pas que cette théorie soit exacte, je ne crois pas à l'existence de culs-de-sac congénitalement plus grands, comme cause de la chute du rectum chez l'enfant. Ce qui me fait dire cela, c'est que la chute du rectum se produit chez l'enfant dans des conditions toutes spéciales de défaut de contention du rectum, c'est en effet, chez des rachitiques qu'on observe le plus souvent le prolapsus du rectum chez l'enfant.

Dans dix-sept cas sur vingt-sept réunis en 1897 par mon élève Soulier dans sa thèse, il y avait rachitisme évident. C'est que, dans le rachitisme, en même temps que des troubles intestinaux nécessitent des efforts fréquents de défécation, il y a affaiblissement des moyens de soutien, laxité des tissus fibreux, perte de la tonicité musculaire, etc. Et je n'ai jamais entendu dire que, chez les rachitiques, les malformations fussent plus fréquentes que chez les autres enfants. Du reste, la clinique nous montre que quand le rachitisme guérit, quand les tissus reprennent leur consistance, les muscles leur tonicité, le prolapsus de l'enfant guérit, si bien que je n'ai jamais fait d'opération pour le prolapsus infantile et que tous les cas que j'ai vus ont guéri sans intervention par le simple traitement général du rachitisme.

Le rôle du cul-de-sac péritonéal anté-rectal dans la genèse de la chute vraie du rectum n'en est pas moins important ; et sur ce point je reste d'accord avec Ludlow et avec G. Marchant qui adopte sa théorie du prolapsus. Aussi comme la résection du prolapsus, non seulement laisse indemne ce cul-de-sac, mais le fixe plus bas que normalement, au ras de la peau, une fois les sutures terminées, je considère que la résection n'est pas le traitement de choix du prolapsus et qu'elle doit céder le pas aux opérations anoplastiques, dont celle de notre collègue G. Marchant représente, à mon avis, un des meilleurs types.

La résection du prolapsus comporte cependant certaines indications. Elle convient aux cas où la chute du rectum s'accompagne de lésions des parties prolabées, ulcérations, gangrène ; ou encore lorsque la réduction est impossible. A ce point de vue, permettez-moi de vous relater brièvement une observation de M. V. Carlier, agrégé de la Faculté de Lille, sur laquelle j'étais chargé de vous faire un rapport, et qui mérite de figurer ici au cours de cette discussion.

Prolapsus complet et irréductible du rectum. Tentative infructueuse de réduction par la voie abdominale (dévidement de Jeannel). Extirpation au bistouri. Guérison, par M. Victor Carlier.

B..... (Jules), âgé de quarante-quatre ans, entre le 6 septembre 1899 à la maison de santé. Cet homme, tourmenté depuis longtemps par une constipation opiniâtre, était atteint depuis trois ans d'un prolapsus réductible et indolent du rectum, prolapsus dont l'importance augmentait de plus en plus.

En août 1899, après une défécation, le prolapsus devint irréductible. C'est trois semaines après cet incident que M. Carlier vit le malade.

C'était un homme extrêmement amaigri et très affaibli, mais sans fièvre. Le prolapsus rendait la marche impossible; il formait une tumeur volumineuse, mesurant 35 centimètres de circonférence et 14 centimètres de longueur. La tumeur avait la forme d'un cône tronqué, un peu incurvé en arrière. Elle présentait une forme annelée dans le voisinage de l'anus, elle était régulièrement lisse dans le reste de son étendue.

Au niveau de l'anus, la muqueuse, ulcérée par places, se continuait directement avec la peau.

Il n'y avait ni gargouillement ni sonorité qui indiquât l'existence d'une hédrocèle.

La réduction par manœuvres externes était évidemment impossible.

L'opération décidée, M. Carlier essaie d'abord la réduction par la voie intra-abdominale, espérant faire une *colopexie*, comme le préconise M. Jeannel. Le malade étant placé dans la position de Trendelenburg, une laparotomie latérale gauche lui permit d'aborder de suite le côlon descendant, mais le *dévidement* de l'intestin prolabé fut vite reconnu impossible. Il referma la plaie abdominale et résolut d'enlever la tumeur au bistouri, par le procédé de Mikulicz.

Une incision horizontale de la moitié antérieure du cylindre externe le conduisit, à travers les tuniques intestinales extrêmement épaissies et denses, jusqu'au diverticule péritonéal, qu'il ouvrit. S'étant assuré qu'il n'existait pas d'hédrocèle, il sutura la séreuse du cylindre externe à la séreuse du cylindre interne et ferma de suite entièrement la cavité péritonéale. Il sectionna ensuite la moitié postérieure du prolapsus. Il avait de la sorte enlevé 25 centimètres d'intestin.

« J'eus, nous dit-il, beaucoup de difficulté à traiter le mésorectum. Ce méso était épais et graisseux et renfermait des vaisseaux artériels

et veineux d'un volume considérable. Je dus laisser deux pinces à demeure.

Je suturai ensuite la muqueuse du cylindre externe à la muqueuse du cylindre interne, sauf à l'endroit des pinces qui séparaient les moitiés postérieures des deux cylindres, et je réduisis aisément le tout au-dessus du sphincter anal. Je ne touchai pas au sphincter, qui me parut devoir être suffisant. Le pansement consista en une simple mèche de gaze iodoformée.

Les suites opératoires furent très simples, et le malade se levait au bout de quinze jours.

J'ai revu tout récemment mon opéré; il a engraissé de 6 kilos en dix semaines; la diarrhée a cessé de même que l'incontinence des matières, et le sphincter de l'anus a recouvré sa contractilité. L'exploration avec le doigt m'a permis de percevoir encore, à 3 centimètres au-dessus de l'anus, la ligne des sutures intestinales. Mais je dois mentionner que, sur la face postérieure du rectum, au point où j'ai dû laisser sur le méso deux pinces à demeure et où je ne pus suturer les deux muqueuses, j'ai perçu une petite bride cicatricielle un peu dure dont j'aurai peut-être à surveiller l'évolution au point de vue du calibre de l'intestin à ce niveau. »

Je viens d'apprendre à l'instant par M. Carlier, qui assiste à notre séance, que le prolapsus ne s'est pas reproduit, et qu'à part la petite bride postérieure, tout est en excellent état. Le résultat reste donc parfait, après sept mois écoulés. Malgré ce succès je demeure convaincu que l'excision des prolapsus, j'entends des chutes vraies du rectum, n'est pas le traitement de choix. Les observations antérieurement publiées nous montrent du reste que la résection est suivie de récidives fréquentes. Je rappelle en terminant que je laisse complètement de côté les prolapsus hémorroïdaires, qui sont des prolapsus muqueux pour lesquels, au contraire, l'ablation au bistouri suivie de suture me semble une thérapeutique excellente et que j'adopte dans tous les cas.

M. Gérard Marchant. — Je remercie M. Hartmann de l'appréciation bienveillante qu'il vient de donner sur mon procédé. Je n'ai rien à ajouter à ce qu'il a si bien dit à propos des observations qui m'ont été adressées par M. Reynier. Quant à l'idée d'une malformation congénitale, c'est avec réserve que je l'ai émise. C'est une hypothèse à vérifier.

Présentation de pièces.

Le Dr Ed. Laval présente un fragment triangulaire d'os de mouton, à arêtes aiguës, mesurant 28 millimètres par son plus grand côté et retiré de l'œsophage d'un ordonnance à l'aide du panier de de Graëfe.

Le corps étranger, avalé depuis quatre heures, s'était fixé vers la portion moyenne de l'œsophage. Il fut extrait assez facilement, à la suite d'une seule introduction de l'appareil.

Pas d'accidents consécutifs.

Le Secrétaire annuel,

Ad. Jalaguier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 25 AVRIL 1900

Présidence de M. Richelot

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. P. Sebileau, qui pose sa candidature au titre de membre titulaire de la Société ;

3° Une lettre de M. Hennequin, qui demande un congé de un mois ;

4° Une lettre de M. Severeano (de Bucarest), qui offre à la Société un exemplaire des ouvrages qu'il a publiés en 1899 et qui pose sa candidature au titre de membre associé étranger de la Société.

A propos de la correspondance.

M. Pamard (d'Avignon) offre a la Société les *Œuvres de Pierre-François-Bénézet Pamard*, qu'il vient de publier en un volume avec la collaboration du Dr P. Pansier.

M. Pamard. — Je suis très heureux d'offrir à la Société de chirurgie ce volume qui contient les travaux de mon arrière-grand-père, travaux qui remontent au siècle dernier. Ils ont trait surtout à l'opération de la cataracte, pour laquelle il avait imaginé le *Trèfle* destiné à fixer l'œil, et un couteau dont ceux de Wenzel et de Richter ne sont que la copie. Il a été le premier à opérer les malades couchés et à faire la kératotomie supérieure.

Il a laissé des travaux sur la chirurgie ; vous trouverez dans ce volume deux mémoires sur l'ablation des polypes naso-pharyn-

giens par la voie buccale, qui fut le point de départ d'une polémique assez vive avec son collègue Manne, un mémoire sur la désarticulation coxo-fémorale, où il prévoit la ligature de la crurale comme premier temps de l'opération.

Ancien préparateur d'Andouillet, il connaissait l'anatomie assez à fond pour avoir fait des pièces en carton démontables un siècle avant Auzoux : j'ai chez moi une tête, l'oreille et l'œil. Le volume contient ensuite des pièces justificatives, et notamment des lettres instructives sur les mœurs de l'époque. Il se termine par l'éloge de mon arrière-grand-père, tel qu'il a été prononcé par son fils.

M. Lejars offre à la Société la deuxième édition de son *Traité de chirurgie d'urgence.*

A l'occasion du procès-verbal.

M. Pierre Delbet. — Permettez-moi de revenir en quelques mots sur le cas si intéressant d'anévrisme poplité dont a parlé M. Monod dans la dernière séance.

J'avais vu le malade. M. Monod avait eu l'amabilité de me le montrer, et je vous avoue que j'attendais avec une vive anxiété le résultat de l'opération. Comme depuis plus de douze ans, je défends la méthode de l'extirpation, comme mes premiers travaux sur ce sujet ont été accueillis avec une extrême sévérité, comme la méthode, bien que nous soyons déjà loin des sévérités de la première heure, n'est pas encore acceptée par tous, j'aurais été désolé qu'un échec se produisît entre les mains d'un chirurgien aussi habile et aussi expérimenté que M. Monod. Ne pouvant accuser le chirurgien, on aurait accusé la méthode. D'où venaient mes craintes? N'allez pas croire qu'elles étaient engendrées par une confiance insuffisante dans l'extirpation. Elles venaient de ce que ce cas particulier était des plus mauvais.

En effet, le malade est artério-scléreux à un haut degré. Tout son système artériel est malade. Sa poplitée de l'autre côté est déjà dilatée. De plus, la tumeur, volumineuse, avait un mouvement d'expansion énorme, ce qui indiquait que le sac était mince et contenait peu de caillots. Enfin on sentait très facilement les pulsations dans les artères du pied, et cependant il n'y avait autour du genou aucun vaisseau collatéral apparent. Ceci prouvait que la circulation se faisait tout entière par l'artère poplitée, au travers de la poche anévrismale, et l'opération a montré qu'il en était réellement ainsi puisque l'anévrisme était fusiforme et ne contenait pas de caillots.

Ce sont là de mauvaises conditions au point de vue opératoire. Quand on a affaire à un anévrisme dont les mouvements d'expansion sont faibles, que l'on trouve dans son voisinage des vaisseaux artériels anormalement dilatés, on peut l'extirper sans crainte, car le vaisseau qui porte l'anévrisme ne joue plus qu'un petit rôle dans la circulation, les voies collatérales sont déjà dilatées.

Mais dans les cas du genre de celui de M. Monod, il en est tout autrement. La gangrène est fort à craindre. Pour qu'elle ne se produise pas, il faut qu'après l'opération la circulation collatérale s'établisse instantanément, et je me demandais si les artères scléreuses de ce malade pourraient faire les frais de ce travail supplémentaire.

Tout s'est bien passé : il n'y a pas eu la moindre gangrène ; j'en suis particulièrement heureux et voici pourquoi : j'ai la conviction que si on avait traité ce malade par la ligature à distance, ou bien l'anévrisme n'aurait pas guéri, ou bien le membre se serait gangrené.

En effet, le sang n'a que peu de tendance à se coaguler dans les anévrismes fusiformes. La poche ne présente pas d'anfractuosités, elle est régulière, revêtue d'un endothélium peu altéré. Elle n'offre pas de points où puissent se former et s'accrocher les premiers réticules fibrineux. Pour que des caillots s'y forment, il faut une stagnation complète et prolongée du sang ; mais si cette stagnation se produit, la gangrène survient. Dans ce cas, ou la circulation collatérale se serait bien établie, et le sang ramené par les artères jumelles, qui s'ouvraient dans le sac et que M. Monod a dû lier, aurait empêché la coagulation, ou bien l'établissement de la circulation collatérale aurait tardé et le membre se serait sphacélé.

Il y a encore une autre éventualité plus triste : c'est la production de la gangrène avec persistance de l'anévrisme. Il aurait très bien pu se faire que la circulation collatérale se rétablisse après la formation de quelques caillots mous dans le sac, et que le sang ramené par les jumelles entraîne quelques débris de ces caillots qui auraient été emboliser des artères plus petites. Ce n'est pas là un argument inventé pour les besoins de la cause. Dès mon premier mémoire, en 1888, j'ai montré que certaines gangrènes consécutives aux anévrismes sont dues non pas à l'insuffisance de la circulation dans la tumeur mais bien à des embolies.

La gangrène est le plus terrible accident du traitement des anévrismes. Or, l'extirpation y expose moins que la ligature. C'est la principale raison qui m'a fait soutenir depuis douze ans, à diverses reprises, qu'on doit préférer la première à la seconde.

Le danger des gangrènes emboliques est supprimé par l'extir-

pation du sac. C'est déjà un avantage. En outre, l'extirpation est, de toutes les méthodes chirurgicales, celle qui respecte le plus l'artère. Ceci a l'air d'un paradoxe : c'est la vérité même. Avec l'extirpation, la portion d'artère physiologiquement supprimée est réduite au minimum.

J'ai déjà fait cette démonstration plusieurs fois. Aussi serai-je très bref. On sait très bien aujourd'hui que lorsqu'un anévrisme guérit après la ligature, l'artère s'oblitère. La guérison de l'anévrisme avec conservation de la perméabilité du vaisseau est un mythe. Après la ligature, ou bien l'artère est oblitérée en deux points, au niveau de l'anévrisme et au niveau de la ligature, ou bien elle s'oblitère sur toute l'étendue comprise entre le fil et la tumeur. La portion d'artère physiologiquement supprimée, perdue pour le rétablissement de la circulation, est d'autant plus considérable que la ligature est placée plus loin de la tumeur et, par conséquent, les chances de gangrène croissent avec la distance qui sépare le fil de l'anévrisme.

Ceci était bien connu de nos ancêtres, Hunter, puis Scarpa, ne l'ignoraient pas. S'ils ont conseillé de laisser une ou plusieurs collatérales entre la ligature et l'anévrisme, s'ils ont renoncé à la méthode d'Anel, c'est parce que cette dernière amenait très souvent des accidents du côté du sac et des hémorragies secondaires. C'est pour éviter ce danger terrible qu'ils se résignaient à courir les chances de gangrène. Aujourd'hui, l'extirpation et l'antisepsie nous mettent à l'abri des inflammations du sac et des hémorragies secondaires. Je ne parle pas de cette question, jadis tant discutée, de l'état des artères au voisinage des anévrismes. On sait très bien qu'une artère liée aseptiquement au ras d'un sac anévrismal peut parfaitement faire les frais de l'hémostase définitive.

On pourrait me dire : « Ne suffirait-il pas, pour réduire au minimum les chances de gangrène, de revenir à la méthode d'Anel au lieu de se lancer dans les difficultés de l'extirpation? »

Pour les anévrismes de très petit volume, la chose pourrait se soutenir : mais alors l'extirpation ne présente aucune difficulté. Quand l'anévrisme est volumineux, je crois que l'extirpation est préférable et cela pour plusieurs raisons. D'abord, avec la méthode d'Anel, la guérison n'est pas certaine; l'anévrisme peut persister ou récidiver si des collatérales importantes s'ouvrent dans le sac. De plus, la tumeur, par son volume, gêne la réunion. En outre, elle comprime les vaisseaux voisins et constitue par là un certain obstacle au rétablissement de la circulation collatérale. Enfin, ce n'est qu'après avoir disséqué le sac et l'avoir ouvert qu'on peut se bien rendre compte du point où il faut placer les fils. Il m'est arrivé d'extirper un volumineux anévrisme sacciforme du creux

poplité en supprimant au plus deux centimètres d'artère. Si, par la méthode d'Anel, j'avais placé mon fil au niveau du pôle supérieur de la tumeur, j'en aurais supprimé cinq centimètres de plus, cinq centimètres dans une région où naissent les articulaires, les jumelles, qui peuvent être précieuses pour l'établissement de la circulation collatérale.

Pour toutes ces raisons, je pense que l'extirpation doit être préférée. Dans mon premier mémoire, qui a été écrit il y a plus de douze ans, j'ai fait la part beaucoup trop large, non pas à la ligature que j'avais déjà condamnée, mais à la compression. Actuellement, je pense que cette dernière aussi doit être abandonnée. Quand on se trouve en présence d'un anévrisme chirurgical, il faut prendre son bistouri et inciser sur la tumeur. Agir directement sur le mal pour le supprimer, c'est là ce que doit se proposer la chirurgie moderne. Les méthodes indirectes, d'action incertaine, hasardeuse, sont destinées à disparaître. De même que pour les fibromes utérins on renonce à la castration en faveur de l'hystérectomie, de même pour les anévrismes il faut renoncer à la ligature et en venir à l'extirpation, qui est vraiment la méthode de choix.

Communication.

De l'asepsie opératoire.
Statistique des opérations faites dans mon service à l'hôpital Cochin pendant l'année 1899,

par M. QUÉNU.

De l'asepsie opératoire (1).

J'ai communiqué l'an dernier, le 28 mars, à la Société de chirurgie, une étude sur l'asepsie opératoire appuyée sur une statistique de deux ans, statistique n'intéressant que mon service de femmes, le seul installé suivant les désiderata de la chirurgie moderne. J'ai insisté spécialement sur deux points : 1° la difficulté d'obtenir l'asepsie des téguments à opérer; 2° la difficulté bien

(1) Nous comprenons sous le nom d'asepsie opératoire une méthode dans laquelle les antiseptiques sont bannis du traitement de *la plaie*.

Lorsqu'on oppose l'asepsie à l'antisepsie, cela veut dire qu'on évite soigneusement de mettre en présence des éléments anatomiques mis à nu, des substances quelconques destinées à nuire aux microbes, mais plus nuisibles en réalité aux cellules vivantes. Il est donc faux de dire que les partisans de l'asepsie font de l'antisepsie sans le savoir; il font de l'antisepsie sur leurs

plus grande encore, je dirai même la difficulté insurmontable pour le chirurgien de conserver ses mains stérilisables, et la nécessité, par suite, d'utiliser des gants imperméables.

Il m'a semblé n'avoir pas fait pénétrer partout la conviction que j'ai, pleine et entière, de ces deux vérités essentielles. Un de mes collègues n'a pas craint d'affirmer que la désinfection des mains pouvait s'obtenir au point de pouvoir guérir aseptiquement des malades immédiatement après l'achèvement d'une opération septique.

On nous a cité des exemples de salpingites suppurées opérées au sortir d'un toucher rectal, et des amputations de sein suivant sans encombre une dilatation de l'anus. D'autre part MM. Poirier et Tuffier m'ont accordé les gants pour les opérations septiques, restreignant, à mon sens, par trop leur usage. M. Jalaguier s'est rangé à mon avis après quelques réserves judicieuses sur les difcultés inhérentes à certaines opérations et rendant l'emploi des gants malaisé. Je viens à nouveau porter cette question devant la Société de chirurgie, estimant que la discussion n'a pas eu l'ampleur que mérite son importance; je ne demande qu'une chose, c'est que mes contradicteurs, renonçant pendant une certaine période à toute souillure digitale, fassent eux-mêmes la comparaison de leurs résultats obtenus pendant cette période avec ceux de leur pratique habituelle, je suis sûr d'avance qu'ils grossiront le nombre de ceux qui, avec moi, pensent qu'il faudrait plutôt admettre la création de chirurgiens spécialisés pour les opérations septiques que de continuer à ouvrir, à peu d'intervalle, avec les mêmes doigts non protégés, des péritoines indemnes et des plèvres suppurées. Quoi qu'on en ait dit, les nécessités intimes de l'existence du chirurgien doivent s'effacer et plier devant le devoir de réaliser ce qui nous paraît être le mieux. Sans doute, comme l'a dit mon collègue Tuffier, il convient de distinguer l'asepsie de laboratoire de l'asepsie chirurgicale, mais il faut les rapprocher et les confondre dans la mesure du possible. C'est le laboratoire qui nous a appris que les spores du tétanos résistent à une température de 110°, c'est lui qui nous a montré que des mains en contact avec une culture des microbes de Nicolaier sont instérilisables pendant plusieurs jours et demeurent

propres téguments et sur la peau du malade intacte, comme ils font de l'antisepsie sur les compresses et sur les instruments en les stérilisant par la chaleur, mais ils cessent d'en faire sur le malade à partir du moment où la peau est incisée, et c'est là ce qui sépare véritablement les chirurgiens aseptiques de ceux qui s'attardent encore à toucher leurs surfaces saignantes, sous prétexte de désinfection ou de préservation, avec du sublimé ou tout autre antiseptique, ou encore de ceux qui recouvrent leurs lignes de sutures de gazes médicamenteuses.

capables d'inoculer le tétanos à une plaie; malheureusement, les expériences de laboratoire ont trouvé leur vérification chez l'homme, là où des cas intérieurs de tétanos ont éclaté après l'admission d'un tétanique venu du dehors. Je ne pense pas trouver ici, sur ce point, aucune contradiction, et au besoin je pourrais invoquer le témoignage de M. Roux. Ce qui a été expérimentalement et cliniquement démontré pour le tétanos est admissible pour tous les microbes à spores et en particulier, par conséquent, pour les anaérobies.

Ce n'est pas avec quelques faits isolés qu'on peut scientifiquement établir une conviction : il ne faut pas dire : j'ai quatre ou cinq ou vingt fois fait de la chirurgie sale et de suite après, ou le lendemain, opéré avec succès. Le moindre désastre, fût-il unique, suffit à renverser les faits négatifs et à prouver que simplement vous aviez été servi par la chance dans une tentative hasardée; c'est avec un grand nombre de faits, c'est avec de nombreuses statistiques que la démonstration clinique doit s'imposer à la suite de la démonstration des laboratoires déjà faite et qui n'admet plus de réplique.

Je prévois l'objection, celle du proverbe anglais, « qu'il y a plusieurs façons de mentir et que la première est de faire une statistique ». Aussi convient-il de ne pas accorder aux chiffres bruts une importance absolue; ce n'est pas seulement le tant pour cent de mortalité opératoire qui peut nous éclairer, c'est l'analyse de cette mortalité et la division nécessaire dans la statistique comme elle l'est dans la répartition des malades hospitaliers, en opérations chez des infectés et en opérations chez des aseptiques. J'apporte la statistique intégrale de mon service hommes et femmes pendant l'année 1899 et l'analyse des cas mortels. Cette statistique comprend les opérations faites par mes internes aussi bien que les miennes.

Mes collègues m'excuseront si, auparavant, je reviens sur quelques points que j'avais touchés l'an dernier.

La préparation des téguments du malade à opérer ne peut être obtenue qu'en multipliant les nettoyages préopératoires : mon expérience est en tout conforme aux conclusions d'un travail que vient de publier un Américain, M. Harris, en octobre dernier (*Amer. Journ. of obstetrics*, oct. 1899. Analysé dans la *Semaine médicale* du 21 mars 1900). M. Harris, d'après ses recherches bactériologiques, avait été amené à ce résultat peu encourageant, c'est qu'on ne peut stériliser complètement la peau à l'état vivant, mais néanmoins il a reconnu que le degré de stérilisation de la couche épidermique était en raison directe du nombre de nettoyages auxquels on l'a soumise. Il ne suffit donc pas d'un bain la

veille et le matin, d'un brossage suivi de tous les ingrédients chimiques possibles, il faut multiplier les bains dans les jours qui précèdent l'opération : j'ai pour habitude de ne pratiquer une laparotomie que si la future opérée s'est soumise à cinq ou six balnéations avec savonnage ; le dernier bain doit être précédé d'une toilette complète avec savon, alcool et éther et suivi d'un pansement humide. A ce sujet, qu'on me passe une remarque. Où et comment doivent être pris ces bains préparatoires ? Il est véritablement singulier que dans la plupart de nos services, une chambre de bains ne soit pas spécialement affectée et réservée aux malades qui doivent subir une opération aseptique ; c'est aux baignoires communes qu'on les envoie, c'est-à-dire aux baignoires où viennent se nettoyer les malades les plus sordides et les plus infectés ; le chirurgien se lave les mains avec de l'eau bouillie, mais le malade est plongé dans l'eau sale. Je considère comme un progrès à réclamer instamment de l'Assistance publique l'affectation à tout service de chirurgie d'une salle de bains réservée. Au pavillon Pasteur ce progrès est encore mieux réalisé par l'adjonction, à chaque salle, d'une cabine de bains.

Autre point : je pense que les poils doivent être rasés plusieurs jours avant et non sur la table d'opération, quitte à ce que le rasage soit renouvelé ; j'entendais dernièrement un jeune et distingué chirurgien du bureau central s'étonner que les suppurations de fils fussent plus fréquentes dans les cures radicales de hernies qu'à la suite des laparotomies ; il n'y a pas pour moi d'autre raison que celle-ci : c'est que dans les cures radicales l'intervention porte presque toute entière dans une région recouverte de poils et plus lentement stérilisable.

J'arrive à la seconde question, la stérilisation des mains du chirurgien : je laisse de côté les études bactériologiques et l'éclatante lumière qu'elles ont jetée sur l'interprétation de nos résultats, pour ne m'attacher qu'au côté pratique.

Notre vie chirurgicale serait évidemment fort troublée si nous devions, dans les deux jours qui précèdent une grande opération, renoncer, je ne dis pas seulement à ouvrir des abcès, mais encore à pratiquer toute exploration septique buccale, vaginale ou rectale. Et cependant là est la vérité, et avant l'adoption des gants de caoutchouc, je m'y suis soumis, renonçant parfois à une consultation ou faisant exécuter une petite opération septique devant moi par mon assistant : le perfectionnement des gants de caoutchouc et l'usage de doigts en tissus extrêmement minces qui émoussent à peine les sensations tactiles, nous permettent aujourd'hui de simplifier toute notre pratique et notre existence même. Faut-il, comme on l'a dit, limiter l'emploi de ces gants aux

besognes sales? En général, ce sera leur principal usage : je m'en sers non seulement pour les opérations septiques, mais pour les pansements, pour les explorations rectales, pour la dissection ou les recherches de médecine opératoire sur des sujets même injectés. Mais il est des cas où le gant est gênant pour une opération septique : les opérations sur les os, les débridements sur le doigt comme conducteur, certaines appendicites aiguës comportent mal l'usage des gants.

On sera donc très heureux, si le lendemain ou le surlendemain on doit opérer aseptiquement, d'avoir recours à la protection des gants de cooutchouc. Au début, l'habileté est moindre, mais l'habitude nous met rapidement en état de pratiquer la plupart des opérations abdominales; couramment j'exécute avec des gants des extirpations de trompes malades, de kystes ovariques, des hystérectomies abdominales, des appendicites à froid ou des cures radicales de hernies.

Je ne dirai que quelques mots en terminant sur l'emploi des fils et sur le drainage. J'ai continué à me servir de fils de lin, non pas comme le croit M. Tuffier, parce que je les considérerais comme plus faciles à stériliser que les fils de soie, mais parce qu'à égalité de calibre, ils sont plus solides et tenaces que les fils de soie qu'on nous vend dans le commerce et que j'attache une extrême importance à ce que les fils à suture ou à ligature aient un diamètre aussi réduit que possible. Je préfère ce fil d'Alsace aux crins de Florence pour les sutures cutanées, parce que les bouts de crin de Florence, rigides, forment de petits leviers qui transmettent à la plaie les moindres ébranlements imprimés aux pansements. La supériorité des crins, comme celle des fils d'argent, n'était réelle qu'à l'époque des suppurations et des infections de suture; un fil lisse et non susceptible d'imbibition valait mieux qu'un fil pénétrable aux liquides. En revanche, les fils souples agacent moins la sensibilité des malades que les fils rigides.

Dans tous les cas où je regarde comme possible et probable une infection de la plaie opératoire, spécialement dans les sutures des muqueuses, dans les ligatures de pédicules infectés, je me rallie à l'usage du catgut stérilisé à l'autoclave dans l'alcool absolu.

J'ai fait faire par mon pharmacien de petites bobines creuses remplies d'acide phtalique ou d'acide benzoïque et autour desquelles est entouré ce catgut. Je ne consentirai guère à utiliser du catgut qui n'ait pas été soumis à une température de 125 à 130 degrés.

La siccité des plaies à réunir me paraît encore une condition importante de succès; il est deux moyens de l'assurer :

d'une part, par le drainage dont l'histoire et les indications fourniraient matière à tout un chapitre de chirurgie, et d'autre part par la suppression des surfaces qui pourraient suinter ultérieurement. Une hémostase minutieuse et la péritonisation des surfaces dénudées, quand il s'agit de chirurgie abdominale, sont les deux moyens les plus recommandables. L'hémostase, je la fais sur les vaisseaux isolés et non sur les tissus pris en masse; j'ai renoncé depuis longtemps aux grandes aiguilles à pédicule, aux câbles de soie tressée plate, je n'use que de petites aiguilles et de fils minuscules : les tissus étranglés en masse se mortifient plus ou moins et un tissu qui est mort est d'avance désigné pour l'infection; c'est pour la même raison que je n'ai jamais manifesté d'enthousiasme pour les pinces écrasantes; elles m'ont toujours paru faire plus d'honneur à l'ingéniosité du mécanicien qu'à sa juste conception des phénomènes biologiques. Nécrobioser de partis pris un pédicule ou une portion de paroi intestinale ou gastrique, c'est agir en sens contraire des lois que nous connaissons et d'après lesquelles nous devons chercher des auxiliaires dans les éléments anatomiques vivants, au lieu de les frapper de mort. Je ne fais qu'effleurer toutes ces graves et dernières questions, dont chacune fournirait matière à une ample discussion.

Voici mes résultats d'une année : ils comprennent les opérations faites par moi ou mes internes (1); j'ai ajouté une liste des opérations faites d'urgence par les chirurgiens de garde, mais sans en tenir compte dans mes analyses, la pratique de ces chirurgiens étant diverse et nécessairement indépendante de ma direction.

Statistique des opérations faites en 1899 (2).

Ont été omises les simples incisions de phlegmons et d'abcès et les dilatations pour fissures (3).

(1) Branca, Guibé, Duval, Izelin, Schwartz et Masbrenier, janvier 1898 à janvier 1900.

(2) Opérations d'urgence pratiquées dans l'après-midi ou la nuit par divers chirurgiens des hôpitaux.

1 grossesse extra-utérine.		1 mort.
5 occlusions intestinales	4 morts	1 guérison.
2 péritonites généralisées		2 morts.
5 appendicites aiguës	2 morts	3 guérisons.
5 hernies étranglées	1 mort	4 guérisons.
1 trépanation de l'apophyse mastoïde pour mastoïdite.		1 guérison.
1 trachéotomie pour néoplasme du larynx		1 mort.
1 injection intracranienne de sérum antitétanique		1 mort.

Ce tableau complète le mouvement de mon service pendant les 10 mois de l'année où j'en ai eu la direction.

(3) Ont été omises également les opérations faites pendant mon absence, pendant les deux mois d'août et septembre.

Appareil digestif.

1 Résection du maxillaire supérieur pour sarcome . .	1 guérison.
2 épithéliomas de la lèvre inférieure	2 guérisons.
1 gastrostomie chez un jeune enfant pour rétrécissement inflammatoire de l'œsophage	1 guérison.
1 ulcère perforant de l'estomac ouvert dans la vésicule biliaire : suture de la perforation.	1 guérison.
1 ulcère perforant de l'estomac ouvert depuis dix-huit heures dans le péritoine qui est rempli de lait et d'aliments.	1 mort.
1 anastomose iléo-sigmoïde pour cancer du côlon ascendant.	1 guérison.
3 occlusions intestinales opérées tardivement, malades venus du dehors	3 morts.
3 appendicites aiguës	3 guérisons.
6 appendicites opérées à froid	6 guérisons.
7 anus iliaques pour cancer du rectum	7 guérisons.
6 amputations du rectum pour cancer { 5 par voie périnéale ou vaginale.	5 guérisons.
6 amputations du rectum pour cancer { 1 par voie abdomino-périnéale.	1 guérison.
3 fermetures d'anus iliaques	3 guérisons.
1 fermeture de fistule stercorale	1 guérison.
2 opérations autoplastiques pour prolapsus de la muqueuse anale	2 guérisons.
18 opérations de Whitehead pour hémorroïdes	18 guérisons.
14 opérations pour fistules anales	14 guérisons.
1 excision de papillomes rectaux	1 guérison.

Hernies (cures radicales).

47 hernies inguinales . . . . 1 mort .	46 guérisons.

L'opération eut lieu le 14 avril, la mort survint le 23, de pneumonie grippale, les fils enlevés, la réunion étant parfaite et la région opérée sans aucune sensibilité.

4 hernies crurales.	4 guérisons.
1 hernie ombilicale	1 guérison.
10 hernies étranglées dont 1 ombilicale . . . 1 mort.	9 guérisons.

La mort survint chez un tuberculeux cavitaire atteint d'une hernie inguinale étranglée.

2 éventrations.	2 guérisons.

Affections hépatiques.

3 kystes hydatiques du foie traités par la suture (réunion secondaire).	3 guérisons.
1 kyste incisé et drainé	1 guérison.

12 kystes multiples traités : 4, par le capitonnage ; 2, par suture ; 6, par drainage.	1 guérison.
1 kyste hydatique traité par capitonnage, péritonite tuberculeuse	1 guérison.
2 cholédocotomies.	2 guérisons.
1 cholécystectomie pour cholécystite calculeuse . . .	1 guérison.

Rate.

1 splénectomie pour tumeur de la rate (2 kilogr.) . .	1 guérison.

Affections du péritoine.

2 laparotomies exploratrices	2 guérisons.
2 péritonites tuberculeuses.	2 guérisons.
1 kyste sanguin du grand épiploon	1 guérison.
1 péritonite aiguë généralisée, suite d'appendicite . .	1 mort.
1 ascite chyleuse	1 guérison.
1 contusion de l'abdomen avec hématurie, syncope, laparotomie, infiltration sanguine du mésocæcum.	1 guérison.
1 laparotomie pour plaie de l'abdomen	1 guérison.

Affections de l'appareil urinaire.

1 néphrostomie pour anurie calculeuse datant de cinq jours	1 mort.
1 néphrectomie pour pyélonéphrite suppurée	1 guérison.
1 tumeur épithéliale de l'urètre chez la femme . . .	1 guérison.

Région thoracique.

1 Chondrome de la 2e côte, ouverture de la plèvre . .	1 mort.

Le malade a succombé à une pneumonie douze jours après son opération qui avait nécessité l'ouverture large de la plèvre.

1 pleurésie purulente, empyème avec résection costale.	1 mort.

Région mammaire.

7 amputations du sein avec curage axillaire (dans quelques cas, ablation totale du grand pectoral et autoplastie) pour cancer	7 guérisons.
1 récidive de cancer dans le creux axillaire	1 mort.

Membres.

6 amputations.	6 guérisons.
1 amputation d'orteils,	
1 amputation de phalanges,	
1 amputation de doigts,	
1 amputation sus-malléolaire de Guyon,	
1 amputation de cuisse,	
1 désarticulation de la hanche (sarcome du fémur).	
1 anévrisme traumatique de la cubitale, excision. . .	1 guérison.
5 Sutures osseuses pour fracture	5 guérisons.
1 suture de la rotule,	

1 suture de la clavicule,
1 suture de l'olécrane,
1 suture de l'extrémité inférieure du fémur,
1 suture pour fracture de jambe.

2 arthrotomies du genou pour corps étrangers articulaires	2 guérisons.
3 sutures de troncs nerveux (médian et cubital) dont une avec ligature de l'axillaire	3 guérisons.
1 excision de kyste poplité latéral externe	1 guérison.
1 incision de kyste poplité du demi-membraneux	1 guérison.

La malade, âgée de soixante-dix ans, guérie depuis plusieurs jours et désignée pour le Vésinet, tomba morte de syncope au milieu de la salle.

2 sarcomes des parties molles du membre inférieur	2 guérisons.
4 opérations pour varices (résections et ligatures)	4 guérisons.
2 ténotomies du cou-de-pied	2 guérisons.
1 autoplastie par la méthode italienne pour cicatrices de la main et de l'avant-bras	1 guérison.
2 résections de la matrice unguéale pour ongle incarné	2 guérisons.
1 excision de lipome prérotulien	1 guérison.
1 excision d'hygroma prérotulien	1 guérison.
2 extirpations de ganglions inguinaux tuberculeux	2 guérisons.
1 évidement sacro-iliaque	1 guérison.
1 trépanation d'ostéomyélite chronique du tibia	1 guérison.
1 trépanation du tibia pour ostéomyélite aiguë d'urgence chez un enfant de quatorze ans	1 mort.

Régions de la tête et du cou.

1 acné hypertrophique du nez (1 résection pour)	1 guérison.
1 énucléation de l'œil	1 guérison.
1 tumeur de l'orbite	1 guérison.
1 épithélioma du nez	1 guérison.
1 extraction de balles de revolver de la fosse temporale	1 guérison.
1 autoplastie par la méthode italienne pour cicatrice de la face	1 guérison.
1 autoplastie pour extraction de la paupière inférieure	1 guérison.
1 épithélioma de la face	1 guérison.
1 épithélioma de la paupière, excision avec autoplastie	1 guérison.
1 extirpation de ganglions tuberculeux du cou	1 guérison.
6 trépanations de l'apophyse mastoïde pour mastoïdite suppurée	6 guérisons.
1 kyste congénital de la région sus-thyroïdienne, extirpation	1 guérison.

Appareil génital (homme).

2 Résections du scrotum (varicocèle) . . . . 2 guérisons.
1 circoncision pour phimosis . . . . 1 guérison.
4 hydrocèles . . . . 4 guérisons.
 2 cures radicales par retournement,
 2 par excision.
6 tuberculoses testiculaires . . . . 6 guérisons.
 3 évidements de l'épididyme ou épididectomie,
 3 castrations.
1 excision d'un névrome sur un moignon de castration . . . . 1 guérison.

Appareil génital (femme).

15 curettages pour infections puerpérales (amenées de la ville) ou pour rétentions placentaires suites d'avortement . . . . 15 guérisons.
5 curettages pour métrites . . . . 5 guérisons.
1 curettage pour cancer de l'utérus inopérable. . . . 1 guérison.
21 laparotomies pour salpingites. . . . . . . 1 mort. 20 guérisons.
 Dont 14 salpingites suppurées,
 5 salpingites anciennes adhérentes,
 2 salpingites avec kystes du ligament large.

Sur ces 21 salpingites :

16 ont été traitées par l'hystérectomie abdominale, soit totale, soit supra-vaginale (16 guérisons).
4 par l'ablation des annexes avec conservation de l'utérus.
1 par l'ablation unilatérale avec suture de la trompe à l'ovaire conservé.

La terminaison mortelle a été observée chez une femme de quarante-deux ans ayant eu antérieurement une longue suppuration due à un abcès de la fosse iliaque droite ; nous trouvâmes des adhérences intimes de l'abcès tubaire avec l'appendice et avec une anse d'intestin grêle dans laquelle l'abcès tubaire s'ouvrait largement : nous dûmes faire une entéro-anastomose latérale. La malade, très faible, succomba après vingt-quatre heures, sans avoir rendu une goutte d'urine. A l'autopsie, les deux reins offraient tous les caractères des « gros reins blancs ».

3 *ovarites sclérokystiques* (dont 2 avec prolapsus utérin) traitées par l'ignipuncture (avec, dans deux cas, l'hystéropexie). . . . . 3 guérisons.
9 laparotomies pour *kystes de l'ovaire* ont donné 1 mort. 8 guérisons.

Sur ces 9 kystes, 3 avaient leur pédicule tordu et offraient des altérations inflammatoires et des adhérences : c'est précisément un de ces kystes à pédicule tordu opéré d'urgence en pleine période de crise qui s'est terminé par la mort.

Deux kystes ont été enlevés avec l'utérus par voie abdominale.

1 hystérectomie vaginale pour *cancer de l'utérus* a donné . . . . 1 guérison.
1 hystérectomie abdominale pour *hypertrophie utérine* avec hémorragies rebelles opérée par abdominale totale. . . . . 1 guérison.
24 hystérectomies abdominales pour *fibromes*, dont un cas traité par énucléation abdominale avec conservation de l'utérus, et 23 cas traités par supra vaginale ou totale ont donné . . . . 24 guérisons.

Dans 9 cas, les fibromes s'accompagnaient d'annexites. Dans un cas il existait une suppuration de tout le petit bassin et une communication d'un des foyers avec une anse intestinale. Il resta à la suite de l'opération une fistule entéro-vaginale. La malade âgée de cinquante-quatre ans, très cachectique, opérée le 25 juillet, prit une pneumonie grippale en novembre et succomba le 7 décembre.

1 énucléation par voie vaginale d'un gros fibrome hémorragique. . . . . 1 guérison.
1 gros polype intra-utérin . . . . 1 guérison.

Dans cette statistique globale, qui comprend entre autres opérations :
1 gastrostomie ;
2 interventions pour perforations d'ulcère rond de l'estomac ;
2 anastomoses iléo-sigmoïdes ;
3 occlusions intestinales ;
9 opérations pour appendicites, dont 3 aiguës ;
6 amputations du rectum dont une par voie abdominale ;
3 fermetures d'anus iliaque ;
64 opérations pour hernies, dont dix étranglées ;
6 opérations pour kystes hydatiques du foie ;
2 cholédocotomies ;
1 cholecystectomie ;
7 laparotomies, pour péritonites aiguës ou chroniques ;
2 laparotomies pour plaie ou coutusion abdominales ;
1 néphrostomie pour anurie complète ;
1 splénectomie pour néoplasme de la rate ;
1 néphrectomie ;
1 extirpation de tumeur thoracique ;

8 amputations de sein ou de récidives ;
4 grandes amputations, dont une de hanche ;
3 arthrotomies du genou ;
1 résection du maxillaire supérieur ;
17 ovariotomies pour salpingites ou kystes de l'ovaire ;
17 hystérectomies supra-vaginales pour salpingites ou lésions utérines.
1 hystérectomie vaginale pour cancer ;
24 hystérectomies abdominales, soit totales, soit supra-vaginales, pour fibromes ;

Dans cette statistique, dis-je, qui porte sur 321 opérations, nous relevons 14 morts, soit exactement un pourcentage de 4,35.

Si on analyse les 14 cas mortels (1), on trouve :

1° 3 *occlusions intestinales*, venues du dehors et opérées en pleine péritonite.

2° **1** *péritonite*, par perforation d'un ulcère rond de l'estomac opérée dix-huit heures après la perforation chez une femme qu'on avait continué à gorger de lait.

3° **1** *péritonite suppurée généralisée*, chez un enfant de onze ans, consécutive à une perforation de l'appendice; l'enfant me fut amené mourant avec 150 pulsations, et je ne l'opérai d'urgence l'après-midi que sur les instances des parents.

4° **1** *néphrostomie*, opérée d'urgence par un de mes internes pour une anurie calculeuse datant de plusieurs jours.

5° **1** *pleurésie purulente*, opérée d'urgence et *in extremis* en pleine période de délire par un de mes internes.

6° **1** *hernie étranglée*, chez un tuberculeux à la 3e période.

7° **1** *trépanation d'ostéomyélite aiguë du tibia*, chez un enfant présentant depuis plusieurs jours des symptômes typhoïdiques auxquels il succomba.

8° **1** *cure radicale de hernie inguinale*; il s'agissait d'une femme âgée de trente et un ans, et cardiaque ; elle fut opérée le 14 avril : le 21, les fils furent enlevés et la réunion fut reconnue parfaite, sans aucun phénomène abdominal, sans aucune douleur spontanée ou provoquée par la pression autour de la plaie. Depuis la veille la malade présentait les symptômes d'une pneumonie grippale à laquelle elle succomba le 23 avril.

9° **1** *extirpation d'un chondrome thoracique*; la plaie fut largement ouverte et des accidents dyspnéiques éclatèrent pendant l'opération pour se calmer ensuite; broncho-pneumonie double ultérieure. Opération le 13 décembre. Mort le 25.

(1) Je ne compte pas parmi eux celui de la vieille femme qui, guérie d'un kyste poplité et au moment même de partir pour le Vésinet, sans aucune trace de phlébite, tomba morte dans la salle subitement.

10° 1 *opération pour récidive de cancer*, dans le creux de l'aisselle, récidive occupant les muscles petit pectoral et grand dentelé chez une femme de soixante-six ans, cachectique.

La mort survint dans la journée de l'opération avec des symptômes de collapsus et d'hypothermie.

11° 1 *opération de salpingite suppurée*; l'opération fut suivie d'une anurie absolue, l'autopsie démontra l'existence de 2 gros reins blancs. La mort survint trente-six heures après l'opération avec élévation de la température sans que le nombre des pulsations dépassât 85 à 90.

12° 1 *opération pour kyste de l'ovaire*, infecté avec péritonite, adhérences récentes dues à une torsion du pédicule.

Il est juste de reconnaître que 9 de ces morts sont survenues chez des malades opérés d'urgence pour des cas désespérés et la plupart pour des infections généralisées.

3 Occlusions par étranglement interne.

2 Péritonites aiguës généralisées.

1 Anurie complète.

1 Ostéomyélite suraiguë grave.

1 Pleurésie purulente.

1 Hernie étranglée chez un tuberculeux cavitaire.

5 Morts seulement ont été observées chez les malades, entrés en dehors de l'urgence, restés quelques jours dans nos salles et ayant subi une préparation préopératoire, savoir :

1 Récidive de cancer.

1 Salpingite suppurée avec lésions rénales invétérées.

1 Kyste de l'ovaire à pédicule tordu.

1 Hernie inguinale chez un cardiaque.

1 Chondrome du thorax.

La défalcation des cas d'urgence (1) réduirait le nombre des morts à 5, ce qui ferait une mortalité de 1, 5 p. 100, mais il est juste d'autre part de défalquer les petites opérations, telles que les fistules anales, les curettages, ténotomies, ongles incarnés, petits épithéliomas de la face, sutures nerveuses, hygromas, kystes poplités, sutures de la clavicule et de l'olécrane, tuberculoses testiculaires, polypes utérins; soit 66.

Il reste 250 opérations importantes (dont 102 laparotomies) (2), avec 5 morts, soit une mortalité de 2 p. 100. J'insiste sur ce fait :

(1) Je ne parle que des cas d'urgence opérés par moi ou mes internes, laissant de côté les opérations faites par les chirurgiens de garde : il y en a eu 21, avec une mortalité de 11.

(2) Les opérations de hernies ne sont pas, bien entendu, comprises parmi les laparotomies.

c'est qu'aucune de ces 5 morts n'est imputable à une infection opératoire ou post-opératoire.

Il ne suffit pas d'autre part, pour établir le bilan d'un service, de calculer le pourcentage des morts; il importe encore de voir comment guérissent les opérés.

J'ai nettement constaté et fait observer à mon entourage la disparition, après les laparotomies, de ces malaises, de ces poussées de température passagères (qu'on ne peut vérifier que si la température est prise plusieurs fois dans la journée) qu'il était habituel autrefois d'observer.

Mais le véritable critérium du niveau aseptique d'un service est la tolérance des tissus pour les fils. Dans les laparotomies il faut distinguer les cas dans lesquels, pour des salpingites suppurées avec effraction de la poche au cours de l'opération, on a placé un drain, des cas dans lesquels la fermeture du ventre a été complète, ou bien encore de ceux dans lesquels on a placé un drain pour assurer l'assèchement du péritoine (inondation péritonéale, salpingites avec adhérences, suintements probables, etc.).

Dans les premiers en effet, la suppuration des fils inférieurs de la paroi pourrait être rapportée à une inoculation secondaire. Sous ces réserves, j'estime que ce que l'on appelle des inoculations secondaires, c'est généralement en réalité de l'inoculation opératoire à évolution lente et plus ou moins tardive.

Les inoculations secondaires sont rares si l'on a soin au moment des pansements de ne faire aucun nettoyage humide, et si on se borne à changer à sec les pièces de pansement. Je ne ferai d'exception que pour l'enlèvement des croûtes avec l'alcool, et pour l'attouchement des points de pénétration des fils avec la teinture d'iode. A mon sens donc, dans la grande majorité des cas, un point de suture qui suppure au bout de huit, quinze jours ou plus encore atteste un défaut d'asepsie opératoire et presque toujours une insuffisance dans la stérilisation des mains du chirurgien ou de la peau du malade (1). On a tendance à incriminer les fils parce que la suppuration s'observe autour d'eux; or, en fait, un fil qui a été soumis dans l'autoclave à 137 degrés avec tube témoin ne peut pas ne pas être stérilisé.

Pour toute suppuration de paroi abdominale ou de plaie, un opéré est transporté de la salle des non-suppurants dans la salle des suppurants, cela aussi bien dans mon vieux service d'hommes qu'au pavillon Pasteur; il m'a donc été assez facile de relever les petites infections tardives. Or, sur 63 opérés de hernies

(1) Je reconnais que certaines peaux, dans certaines régions, sont pour ainsi dire instérilisables.

par mes internes ou par moi, un seul a dû quitter la salle des aseptiques; il s'agissait d'un malade peu soigneux, atteint d'hypospadias, qu'il nous fut impossible d'empêcher d'uriner dans son pansement. La plaie, malgré nos tentatives de protection avec l'adhésol, fut dès les premières heures soumise au contact continuel de l'urine, et probablement d'une urine de mauvais aloi.

Dans nos suites de laparotomies, nous relevons : l'inoculation secondaire et tardive (20e jour) chez une opérée de péritonite tuberculeuse; la petite plaie désunie était fongueuse, suintant de la sérosité et non du pus, et manifestement, le résultat d'une inoculation par le liquide bacillaire (1). Les fistules à la suite de laparotomie ont été au nombre de 9 : 8 à la suite de salpingites suppurées avec drainage, et 1 à la suite d'une hystérectomie abdominale totale pour fibromes. Cette dernière fut de courte durée (4 semaines); la cause nous est restée inconnue. Pour les autres, l'inoculation partit du trajet du drain et ne s'étendit à toute la suture que dans deux cas. Dans l'un d'eux, j'avais fait un surjet du péritoine pariétal; dans l'autre, nous dûmes intervenir pour une hémorragie secondaire et il y eut là une nouvelle cause de contamination. La meilleure solution pour abréger la durée de ces fistules est d'adopter le catgut dans les cas où la nature des lésions donne tout lieu de prévoir une inoculation de la paroi. A-t-on cousu avec du fil ou de la soie, on a tout intérêt à aller secondairement à la recherche des fils et à curetter les petits trajets, mais on reste désarmé devant la suppuration des fils pédiculaires.

M. Rochard. — Je voudrais poser une simple question à M. Quénu : que pense-t-il de la fréquentation des amphithéâtres par les chirurgiens?

M. Quénu. — Il ne faut en rien comparer le contact d'un cadavre bien injecté avec le contact d'une plaie septique ou d'un abcès : néanmoins, j'estime que lorsqu'un chirurgien se livre à une dissection ou à des recherches de médecine opératoire, il est plus prudent, s'il doit le lendemain pratiquer une opération, qu'il ne touche au cadavre qu'avec des mains protégées par des gants de caoutchouc. Quant aux salles d'autopsie, mon avis formel est qu'un chef de service ne doit jamais y pénétrer.

M. Bazy. — Je rends hommage aux précautions et aux soins de propreté que prend M. Quénu. Mais comme il a fait allusion à des faits que j'avais cités dans la discussion dernière, je dirai que

je puis en citer encore d'autres prouvant qu'après une opération septique on peut se laver les mains d'une façon suffisante pour pouvoir pratiquer peu après une opération aseptique. Tout récemment encore, j'ai dû ouvrir d'urgence un phlegmon diffus gangreneux péri-urétral, ce qui ne m'a pas empêché de pratiquer deux heures après deux laparotomies à l'hôpital sans que ces deux derniers opérés aient eu le moindre accident.

M. Tuffier. — J'ai publié au mois de septembre 1899 (1) ma technique sur l'*asepsie opératoire*, et vous y retrouverez une grande partie de ce que vient de nous dire M. Quénu, qui doit ignorer ce travail puisqu'il ne l'a pas cité. Le seul fait qui mérite discussion nouvelle a trait aux *gants d'opération*. Nous sommes fixés sur tout ce qui est asepsie du matériel instrumental et accessoire — et j'ai dans le travail en question, exposé et discuté méthodiquement l'asepsie *avant*, *pendant* et *après l'opération*. Il ne reste donc que deux facteurs septiques et non stérilisables : la *main* du chirurgien et la *peau du malade*. C'est de ce côté qu'il faut se perfectionner, c'est de là que nous viennent encore nos très rares accidents. La peau du malade, on la voit si peu, elle est si vite protégée par des compresses, que son asepsie au savon et à l'alcool suffit, et que j'ai abandonné à cet égard mes essais de collodionnage préalable du champ opératoire; la *main du chirurgien* — c'est le champ de l'ennemi —. Pour ma part, j'opère systématiquement avec des gants. Je me sers de gants de *caoutchouc* pour le temps septique d'une opération septique ; je répète ce que je disais l'an dernier — : « Si vous voulez garder vos mains propres, commencez donc par ne pas les septiser —. Les gants actuels ne sont pas assez longs, ils nuisent à la sensibilité exquise des doigts; je m'en sers donc : 1° pour tous les foyers septiques ; 2° pour tous les pansements septiques à l'hôpital et en ville où leur prescription rentre dans ma formule générale de matériel opératoire; 3° pour tous les touchers vaginaux, rectaux, pharyngés. Je considère un chirurgien qui fait le toucher rectal sans protection digitale non seulement comme un chirurgien septique mais comme un homme sale; je puis parler ainsi puisque pendant des années ce reproche s'adressait à moi-même.

Pour mes opérations aseptiques, je me sers toujours de gants de fil; je suis arrivé après maints essais à faire faire des *gants chirurgicaux* qui vraiment sont parfaits comme facilité de mise et comme maintien parfait de la sensibilité tactile; je vous les montrerai. J'ai voulu me rendre compte de leur valeur au point de vue aseptique, et j'ai fait, après plusieurs de nos collègues étrangers,

(1) Th. Tuffier. Asepsie opératoire, *Presse médicale*, 9 sept. 1899, p. 141.

et pour bien convaincre mes assistants, l'expérience suivante : j'opère avec des gants; mon assistant a ses mains aseptiques; j'ai pris des raclures d'épiderme non ganté et des raclures de gants au commencement, au milieu et à la fin d'une opération, et j'ai ensemencé des bouillons de culture avec ces produits. Voilà les résultats : des cultures ont été positives dans tous les produits de l'épiderme ; au contraire, les produits pris sur mes gants au commencement et au milieu d'une opération étaient stériles ; à la fin de l'opération, mes gants donnaient des produits qui cultivaient. Je suis convaincu que si M. Quénu, au lieu de nous apporter une statistique qui à mon avis est comme toutes les statistiques ainsi faites, sans grande valeur, avait tout simplement pratiqué les mêmes expériences que moi avec ses gants, il serait arrivé au même résultat qui seul est démonstratif.

Il y aurait bien d'autres faits à relever dans la communication de M. Quénu ; ce n'est d'ailleurs qu'un écho lointain de discussions qui ont été épuisées en Allemagne et en Amérique, et que je ne veux pas renouveler ici.

M. Nélaton. — Je considère l'opinion de M. Bazy comme tout à fait dangereuse, et j'appuie de toutes mes forces les paroles de M. Quénu. Ce que nous disons ici peut avoir de grosses conséquences. Si nous admettons qu'on peut pratiquer impunément une opération aseptique après une opération septique, comment obtiendrons-nous jamais de l'Assistance publique la séparation des malades suppurants d'avec les malades aseptiques! M. Bazy vient de nous rapporter un fait intéressant; je puis, en opposition, lui en citer un autre qui, hélas! n'est pas moins intéressant. J'ai dû opérer il y a quelques mois une malade atteinte vraisemblablement d'un cancer du gros intestin et chez laquelle s'était développée une collection purulente de la fosse iliaque. Pendant près d'un mois, je dus la panser tous les jours. Je mettais des gants et je prenais des précautions inouïes; pendant toute cette période, je ne faisais plus d'opérations. Après avoir laissé passer quatre jours depuis le dernier pansement, je crus pouvoir pratiquer sans danger la cure radicale d'une hernie ombilicale chez une femme de mon service. L'opération avait été des plus simples; elle avait duré à peine vingt minutes; quatre jours après, la malade mourait de septicémie. J'ai la conviction que ce sont mes mains qui l'ont infectée.

M. Routier. — Je possède un service, comprenant deux catégories de malades : les urinaires, qui sont le plus souvent, sinon toujours, infectés et une salle de gynécologie dans laquelle je pratique

beaucoup d'opérations aseptiques. Assurément, je m'évertue à pratiquer les opérations aseptiques avant les opérations septiques (abcès urineux, phlegmons gangreneux, etc.), mais il m'est arrivé quelquefois, sans pouvoir maintenant vous dire pourquoi, d'avoir fait une opération septique avant une opération aseptique et je ne me souviens pas d'avoir eu à déplorer d'accidents. D'autre part, il m'est arrivé de faire successivement deux laparotomies, la première se trouvait être septique et la seconde aseptique; mes deux malades n'en ont pas moins guéri. C'est, je crois, parce que, d'une part je me lave les mains avec le plus grand soin, d'autre part parce que j'opère vite.

Sachant que, théoriquement, on ne peut pas rendre les mains aseptiques, je redouble de soins de propreté, et c'est une des causes pour lesquelles je ne me contente pas de faire de l'asepsie pure; j'emploie, pour mes mains comme pour la peau de mes malades, le brossage énergique et prolongé au savon, suivi d'un lavage à l'éther, puis je frotte mes mains ou la région au permanganate de potasse, je décolore au bisulfite, enfin je donne un dernier coup avec l'alcool absolu. C'est encore là une des raisons qui m'ont fait conserver l'usage de la cuvette remplie de liqueur de van Swieten dans laquelle je plonge souvent mes mains au cours des opérations; enfin, j'opère vite. Quant au fait cité par Nélaton, si on accepte son interprétation, il faut avouer qu'il est décourageant; il montrerait toujours que les gants ne servent à rien; mais je ne puis accepter sa manière de voir : si, quatre jours après avoir fait un pansement, nous sommes encore dangereux pour nos malades, nous n'avons plus à faire de chirurgie, il faut fermer les salles d'opération.

Il est certain pour moi qu'il faut chercher une autre cause pour expliquer la mort de la malade de notre collègue.

M. Quénu. — Je suis stupéfait de la doctrine avancée par M. Bazy, que je n'avais pas nommé, du reste. Il proclame qu'il n'y a pas d'inconvénient à pratiquer une opération aseptique après une opération septique; il est de mon devoir de protester hautement. Les opinions de M. Bazy me paraissent des plus dangereuses; mais ici, ce qu'il nous faut, ce ne sont pas des opinions, ce sont des faits nombreux. Je dirai à M. Bazy : donnez-nous les statistiques intégrales de votre service, et nous comparerons.

M. Routier nous dit que l'on peut se stériliser les mains, mais les expériences de Furbringer, de Mikulicz, et de bien d'autres, ont surabondamment démontré que cette stérilisation de mains contaminées est impossible. Ce qu'il faut avant tout, c'est éviter l'infection des mains. M. Routier nous a cité le fait de ses deux

laparotomies successives et nous a dit que dans la première de ces opérations il avait trouvé du pus sans que la seconde ait eu à en souffrir; mais ce fait ne prouve rien, car il ignore si le pus qu'il a rencontré était septique ou bien stérile.

Au point de vue des gants de caoutchouc, je répondrai à M. Tuffier que je les préfère aux gants de fil, car ces derniers absorbent, se laissent imbiber, tandis que ceux de caoutchouc se débarrassent aisément des produits qui viennent de les souiller.

Dans certaines opérations, de salpingite suppurée, par exemple, il m'arrive parfois, après avoir ouvert et nettoyé les cavités purulentes avec une paire de gants, de prendre une autre paire pour terminer l'opération, pour faire la suture de la paroi par exemple. Cette partie de l'opération étant aseptique est pratiquée avec des mains aseptiques.

M. Bazy. — Nous sommes tous d'avis qu'il faut être aussi propres que possible, aseptiques, et les faits que j'ai cités n'ont eu pour but que de prouver que le chirurgien peut nettoyer ses mains souillées d'une façon suffisante pour pratiquer sans danger des opérations aseptiques. Je connais comme M. Quénu les expériences de laboratoire qu'il a citées, mais je soutiens qu'elle ne s'appliquent pas rigoureusement à la clinique.

Mettez dans une salle quelconque, un tube avec un bouillon de culture, débouché: au bout de quelques heures, et même moins, ce tube sera contaminé et il cultivera; et cependant c'est dans cette salle que vous allez pouvoir faire les opérations les plus sérieuses de la chirurgie, sans danger et sans que votre malade soit contaminé.

Nous pouvons compter chez nos malades sur le rôle puissant de la phagocytose, et l'on peut bien dire que sans cette propriété de l'organisme, il y aurait vraiment à renoncer à la chirurgie.

Quant à l'observation de M. Nélaton, véritablement je ne la comprends pas. Si, après avoir pansé avec des gants en caoutchouc une malade suppurante, on ne pouvait pas, quatre jours après, faire une opération, véritablement il faudrait renoncer à en faire jamais.

M. Schwartz. — Cette discussion est très importante et je sais gré à M. Quénu de l'avoir soulevée. Je crois que, sans avoir la prétention d'obtenir la stérilisation absolue de nos mains, nous pouvons arriver cependant à les nettoyer assez pour les rendre inoffensives. Il n'en est pas moins vrai que moi aussi, depuis deux ans, je me suis mis à l'emploi des gants de caoutchouc

pour les opérations septiques, mais j'ai eu de grandes difficultés à trouver des gants suffisamment résistants et d'un usage commode.

M. Guinard. — Au point de vue de la commodité, je dirai à M. Schwartz qu'on se trouve très bien de remplir d'eau les gants que l'on va mettre. Les doigts et la main s'y enfoncent alors avec la plus grande facilité.

M. Quénu. — J'assure M. Bazy qu'il n'y avait rien de personnel dans les paroles que j'ai prononcées. Mais je tiens à combattre énergiquement la thèse qu'il a soutenue. Il nous a parlé de phagocytose : cette propriété est suffisante pour triompher d'une virulence peu prononcée, celle des microbes de l'air, par exemple ; mais elle est tout à fait impuissante contre les microbes virulents d'un foyer gangreneux ou des secrétions putrides d'un cancer du rectum. Notre devoir est de demander à la phagocytose le moins possible.

M. Bazy. — Je ne veux pas que l'on dise que j'ai soutenu une doctrine ou une thèse. J'ai apporté des faits prouvant qu'après s'être sali les mains on peut les nettoyer, voilà tout. Ma doctrine est celle de tout le monde : l'asepsie.

M. Quénu. — Je tiens à poser encore une fois nettement la question.

1° Est-il possible de stériliser en quelques heures des mains infectées ?

2° Est-il admissible qu'un chirurgien qui a pratiqué une opération septique soit autorisé à faire aussitôt après et même le lendemain une opération aseptique?

M. Kirmisson. — La question est assez importante pour qu'elle soit mise à l'ordre du jour de notre Société.

Le Secrétaire annuel,

Ad. Jalaguier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 2 MAI 1900

Présidence de M. RICHELOT.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

A propos de la rédaction du procès-verbal.

M. QUÉNU. — M. Tuffier écrit en tête de son argumentation la phrase suivante : « J'ai publié au mois de septembre 1899 ma technique sur l'asepsie opératoire et vous y retrouverez une grande partie de ce que vient de nous dire M. Quénu, qui doit ignorer ce travail puisqu'il ne l'a pas cité. » Je n'ai pas souvenir que M. Tuffier ait prononcé de telles paroles, qui me mettent dans l'alternative cruelle ou de paraître ignorer ce qu'il a écrit, ou de paraître puiser à une source sans en convenir.

En réalité, je n'ai rien emprunté à M. Tuffier pour la raison bien simple que ma communication n'a été que le développement d'une communication faite ici le 28 mars 1899, et cette dernière faisait suite à une analyse, parue dans la *Revue de chirurgie* de mars 1898, d'un travail de Mikulicz; l'exposition de mes idées sur l'asepsie est donc antérieure aux articles de M. Tuffier.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Un travail de M. SCZYPIORSKI (de Mont-Saint-Martin) intitulé : *Opération de Gritti* (trois observations inédites). Ce travail est renvoyé à une commission : M. LEJARS, rapporteur.

M. RICHELOT. — J'ai le regret de vous annoncer la mort de notre correspondant, M. le professeur Saxtorph, de Copenhague.

J'en ai reçu l'avis de son neveu, le Dr S. Saxtorph, auquel j'ai répondu que la Société de chirurgie s'associait à son deuil et lui envoyait l'expression de ses plus sincères condoléances et de sa très vive sympathie. Nous connaissions tous, en effet, le professeur Saxtorph, et nous avions la plus grande estime pour ce savant distingué, qui prit, comme vous le savez, il y a quelque vingt ans, une part active au développement de la chirurgie et de la méthode antiseptique dans son pays.

A propos de la correspondance.

Sur la pathogénie et le traitement des prolapsus rectaux,

par M. le Dr H. DURET, membre correspondant.

I. — Dans son intéressante communication du 11 avril dernier, à la Société de chirurgie, notre savant collègue et ami, le docteur G. Marchant, a exposé la pathogénie du *prolapsus rectal complet*, d'après l'ingénieuse théorie de Ludlow.

La *hernie péritonéale* du cul-de-sac péritonéal de Douglas serait l'*origine* du prolapsus rectal.

Dans sa descente vers le périnée, le cul-de-sac du péritoine adhérent à la face antérieure du rectum invaginerait celle-ci dans l'ampoule, où elle serait bientôt suivie par la face postérieure du rectum, et par toutes les tuniques de la portion sus-ampullaire de cet intestin. La descente, continuant peu à peu de se faire à travers l'ampoule, bientôt il y aurait issue à travers le sphincter élargi, et « constitution définitive » du prolapsus hors de l'anus.

Bien qu'il soit difficile de comprendre comment se fait l'*amorce* de cette hernie, comment le cul-de-sac péritonéal arrive à déprimer la face antérieure du rectum, au lieu de glisser au-devant d'elle et de l'entraîner simplement derrière lui, cette théorie est soutenable, surtout s'il existe une *disposition congénitale* qui la favorise, ainsi que le supposait G. Marchant. Elle est surtout applicable aux *prolapsus congénitaux* ou qui *datent de l'enfance*.

Puisqu'il s'agit d'une *descente* (comparable à celle de l'utérus), il est certain qu'une *pexie*, qui fixe solidement l'organe en place, est *spécialement* indiquée. Ainsi se trouverait expliquée et justifiée l'opération de la *recto-coccypexie*, imaginée par le docteur G. Marchant. On se rendrait compte de ses heureux résultats.

II. — Il ne nous semble pas, cependant, que tous les cas de

prolapsus rectal soient identiques et que la pathogénie de Ludlow soit toujours acceptable.

Nous pensons qu'il faut faire une catégorie à part des *prolapsus acquis*, qui se forment dans l'âge adulte en particulier, de ceux qu'on observe chez les vieux urinaires atteints de ténesme rectal, ou encore chez les malades atteints de diarrhée incoercible ou de rectite intense.

Nous avons eu l'occasion, en 1891, de faire avec le docteur Vallin, la dissection attentive d'un prolapsus rectal du volume du poing chez un homme de soixante ans, mort d'une affection des voies urinaires (1).

Sans entrer dans les détails de l'examen anatomique, nous pouvons dire que, dans ce cas, nous avons trouvé que le prolapsus ne consistait pas uniquement dans l'invagination et la descente de l'ampoule rectale à travers le canal anal. Le mécanisme évident était plutôt celui de la *doublure trop longue* dépassant la manche de l'habit, selon l'expression de Cruveilhier.

En effet, chez notre sujet, nous avons trouvé un *cul-de-sac péritonéal* d'une profondeur de 12 à 13 centimètres, *arrivant au contact du périnée*, mais *ne descendant pas dans le prolapsus;* le *releveur de l'anus* formait un *infundibulum* très allongé; le *sphincter anal*, atrophié et graisseux, admettait quatre doigts. La *masse prolabée*, d'une hauteur de 8 centimètres environ, était formée par la *muqueuse de l'ampoule*, très élargie, très dilatée, très hypertrophiée, formant une série de replis qui se recouvraient de larges valvules conniventes. Au-dessous d'elle, on ne trouvait que des *couches cellulaires*, très lâches, infiltrées, formant une véritable bourse séreuse. — Les *fibres musculaires propres à l'ampoule* étaient transformées en un tissu fibro-graisseux, et méconnaissables. — Le *cylindre invaginé* qui occupait l'axe du prolapsus jusqu'à son sommet ou orifice sous forme de fente ovalaire, contenait des fibres musculaires longitudinales, minces, pâles, atrophiées, qui contrastaient avec l'aspect rouge, charnu, des fibres musculaires supérieures du rectum avec lesquelles elles étaient en continuité.

Bref, *deux faits anatomiques* caractérisaient ce prolapsus :

1° Une ampoule rectale à muqueuse très élargie et très hypertrophiée, c'est-à-dire *avec trop d'étoffe;*

2° Une *élongation* et une *atrophie* du cylindre musculaire invaginé.

III. — Nous pensons que cette disposition anatomique se ren-

(1) *Journ. des Soc. médicales de Lille*, oct. 1891; et Masson, *Thèse*, Paris, 1891.

contre dans la plupart des *prolapsus de l'adulte.* — C'est pour ces cas spéciaux que nous avons imaginé notre procédé de *rectorraphie*, exposé dans la thèse du docteur Masson (1894). — Il est tout à fait comparable à la colporraphie des prolapsus vaginaux.

On enlève, sur les faces antérieure et postérieure du prolapsus laissé au dehors, des *lambeaux elliptiques de muqueuse*, s'étendant souvent du sommet à la base. — On supprime le *trop d'étoffe*, et, la muqueuse de l'ampoule n'est plus représentée que par *deux bandes latérales.*

On oblitère ensuite les pertes de substance par une *double suture continue* à la soie. — La *suture profonde* plisse longitudinalement la couche fibro-musculaire comme le ferait, en dehors, la suture de G. Marchant. — La *suture superficielle* affronte les bords de la muqueuse.

Au fur et à mesure que les sutures avancent, le prolapsus se réduit; et, bientôt, toute la *cavité de l'ampoule* est transformée en un *cylindre régulier* et de *petit calibre*, comme pour la colporraphie.

Nous faisons, ensuite, après excision de *lambeaux triangulaires des téguments* du périnée très élargis, une *périnéorraphie antérieure et postérieure*, selon des procédés connus. Nous remédions aussi à l'élargissement toujours considérable du sphincter anal.

IV. — Dans un cas, rapporté avec détails, dans la thèse de Masson, chez une jeune fille de trente-trois ans, qui portait un prolapsus acquis datant de sept à huit ans, nous avons appliqué ce procédé, avec un succès complet, et le *résultat s'est maintenu.*

Il est dit dans l'observation : « La jeune fille a été réexaminée par nous, en juin 1894, c'est-à-dire *vingt mois après l'opération.* Jusqu'à cette époque, elle s'était trouvée si bien guérie, qu'elle n'avait pas jugé à propos de revenir. Elle l'a fait uniquement sur notre demande. — Les défécations se font régulièrement, avec des matières bien moulées, et sans aucune douleur. *Jamais elles n'ont été suivies d'un prolapsus même léger.* Les digestions sont bonnes et la santé excellente. La patiente a pris de l'embonpoint. A l'examen, la région anale a un aspect normal : l'orifice est petit et pourvu de nombreux plis radiés. La cicatrice ano-coccygienne est à peine visible au fond du pli interfessier. Nous demandons à la malade de pousser avec force, et, aucune saillie ne se manifeste.

« Le doigt traverse le canal anal, serré comme à l'état normal : il explore, en tous sens, la cavité rectale, et n'y reconnaît ni plis, ni dilatation anormale. »

Dans la thèse de Masson, un dessin schématique représente cette opération, telle que nous l'avons exécutée, il y a huit ans.

V. — Les conclusions, qu'il nous semble utile d'émettre, à la

suite de l'intéressante discussion de la Société de chirurgie, sont les suivantes :

1° Il existe *plusieurs variétés anatomiques* de prolapsus rectaux; et les *indications opératoires* sont variables.

2° Le *prolapsus congénital* ou du *premier âge*, s'il persiste plus tard, *consistant principalement en une chute ou hernie*, sera traité avec succès par la *recto-coccypexie*, selon le procédé de Gérard Marchant.

3° Les *prolapsus acquis*, caractérisés, au moins dans un certain nombre de cas, par l'*élargissement* et l'*élongation de l'ampoule*, pourront être guéris par *l'exérèse de lambeaux elliptiques* de la muqueuse hypertrophiée et par des *rectorraphies*, suivies de périnéorraphies, selon la méthode que nous avons indiquée.

4° Lorsque le prolapsus est accompagné d'un *ulcère incurable* ou d'une *tumeur*, c'est à des *protectomies* triangulaires, selon la méthode que nous avons suivie dans un premier cas, ou selon les procédés américains de Roberts, de Rell et de Kammerer, ou encore, à la *résection*, selon les procédés Segond-Nélaton, qu'il faudra avoir recours.

5° Enfin, dans les *prolapsus très étendus*, avec *ptoses viscérales* multiples, on pratiquera la *colopexie* de Jeannel.

Communications.

Anévrisme diffus consécutif de l'artère iliaque externe; ligature de l'aorte. Mort au trente-neuvième jour,

par M. TILLAUX.

Il s'agit d'un malade âgé de cinquante-six ans qui présentait une tumeur dans la fosse iliaque gauche. Cette tumeur qui existait depuis une année ne le gênait en rien pour son métier de cocher. Peu à peu elle augmenta. Le 20 janvier, en rentrant à l'écurie, il fit un effort violent et ressentit dans l'aine une vive douleur avec sensation de déchirure. La tumeur augmenta et le malade nous fut envoyé à l'hôpital. Le diagnostic d'anévrisme était évident. La tumeur d'abord limitée à la fin de l'iliaque externe et à l'origine de la fémorale, s'était fissurée sous l'influence de l'effort et avait donné lieu à un anévrisme diffus consécutif. La tumeur s'était accrue très rapidement; elle était presque aussi grosse qu'une tête d'adulte, débordait en bas l'arcade crurale et remon-

tait à deux doigts de l'ombilic. Elle recouvrait la crête iliaque et atteignait la ligne médiane. La tumeur était animée de battements et présentait un bruit de souffle. Elle était absolument immobile et fusionnée dans la profondeur avec les éléments de la fosse iliaque. On ne pouvait songer à extirper cette énorme masse diffuse; d'autre part, la seule ligature possible était celle de l'iliaque primitive. Je pratiquai une incision médiane par laquelle je remontai le plus haut possible afin de m'éloigner de l'artère, siège de l'anévrisme. J'étais en effet hanté par le souvenir d'un anévrisme du même genre opéré autrefois par Labbé à l'hôpital Saint-Antoine, alors que M. Peyrot ici présent était son interne. Dans cette opération, le malade étant très athéromateux, l'artère iliaque externe, puis l'artère iliaque primitive s'étaient brisées à plusieurs reprises sous la striction du fil. Ce fut une des opérations les plus dramatiques auxquelles il m'ait été donné d'assister. C'est afin d'éviter de pareils incidents que, mon malade étant alcoolique et probablement athéromateux, j'avais pris le parti de placer mon fil le plus haut possible sur l'artère iliaque primitive. L'opération fut facile. Après avoir refoulé les anses intestinales à gauche et divisé le feuillet droit du méso-côlon iliaque, je dénudai l'artère dans une petite étendue et la liai avec un fil de soie plate; contre mon attente, cette artère n'était pas athéromateuse. Immédiatement, la circulation s'arrêta dans l'anévrisme qui s'affaissa très notablement et ne présenta plus ni battements ni souffle.

Le lendemain et les jours suivants, l'état du malade était très satisfaisant : pas de douleurs, pas de troubles circulatoires; pas de refroidissement, ni d'altération de la sensibilité et même, fait paradoxal, la température du côté opéré était supérieure de cinq dixièmes de degré à celle du côté opposé. Les choses restèrent en cet état pendant plusieurs jours, puis la tumeur sembla augmenter quelque peu de volume sans présenter de bruit de souffle et sans battement bien caractérisé; cependant en l'examinant à jour frisant, il nous sembla percevoir un très léger soulèvement; l'augmentation de la tumeur continua à se faire d'une façon progressive; en même temps, le malade maigrissait, présentait sur ses membres inférieurs des phénomènes de compression veineuse et de la rétention d'urine. Il succomba trente-neuf jours après la ligature. A l'autopsie, on trouva une énorme poche qui englobait l'artère iliaque externe et qui occupait toute la fosse iliaque : la veine fémorale était thrombosée. C'est ici que l'observation devient vraiment intéressante, je constatai à ma grande surprise, que la ligature avait été placée, non sur l'origine de l'iliaque primitive, mais sur l'aorte elle-même, immédiatement

au-dessus de sa bifurcation : voici la pièce, que je mets sous vos yeux...

Les ligatures de l'aorte ne sont pas communes; mon interne M. Picquand a recherché les cas publiés et n'en a trouvé que 11, depuis l'observation célèbre d'Astley-Cooper pratiquée le 5 juin 1817, jusqu'à celle de Milton, pratiquée en 1891. Tous ces opérés ont succombé très peu de temps après l'opération.

Mon opéré, qui est le douzième, a survécu trente-neuf jours

J'ai cru devoir vous présenter cette opération pour trois raisons :

1° Parce que la ligature de l'aorte est une opération très rare.

2° Parce que la mort n'est pas imputable à la ligature de l'aorte, car le malade est mort comme il serait mort si je n'avais rien fait; j'ai même la conviction que l'opération a retardé l'issue fatale, puisque au moment où j'ai fait la ligature, l'anévrisme menaçait de se rompre.

3° Parce qu'il est bon de faire connaître nos erreurs, qui sont souvent plus instructives que nos succès.

Gastrostomie. Manuel opératoire,

par M. POIRIER.

J'ai presque envie de m'excuser, Messieurs, au moment de vous présenter le procédé de gastrostomie que j'ai réglé et adopté après de multiples essais. Il ne semble pas que le besoin d'un nouveau procédé se fasse vivement sentir en cette espèce. Ils sont nombreux, en effet, et divers les procédés par lesquels les chirurgiens ont réalisé l'abouchement de l'estomac à la peau, tendant tous au même but : « assurer la continence des bouches stomacales ». Les uns obtiennent la continence en plissant ou repliant toutes les tuniques de l'estomac pour en former des valvules; les autres l'obtiennent aussi en établissant un trajet entre les tuniques mêmes de l'estomac; d'autres encore, étirant un long cône stomacal lui imposent un trajet plus ou moins long entre les couches de la paroi abdominale, avant de l'aboucher à la peau. Et, il faut bien le dire, tous ces procédés sont bons; j'entends qu'ils atteignent le but visé : la continence. Toutefois, ils sont tous, à mon avis, passibles de deux reproches : ceux qui plissent ou replient les tuniques de l'estomac (Witzel, Fontan) exigent l'emploi d'une notable étendue de la paroi gastrique, ce qui n'est point sans inconvénient lorsqu'on opère sur des indi-

vidus trop souvent cachectiques et dont l'estomac est la plupart du temps ratatiné par l'insuffisance de l'apport des aliments ou diminué par l'envahissement néoplasique. J'en dirai autant de tous les procédés dans lesquels, à l'exemple de Ssebanejew, on fait décrire au cône stomacal un trajet intra-pariétal. Il peut arriver que ces procédés soient inapplicables par manque d'étoffe, lorsque l'épithelioma descendant du cardia a envahi la région de la grande courbure, ou lorsque, par la diète prolongée, l'estomac est ratatiné en un épais boyau. C'est à la suite d'une tentative infructueuse pour pratiquer l'excellent procédé de Fontan que j'ai été conduit à régler un procédé plus économique.

Le même reproche ne peut être adressé aux procédés dans lesquels, comme dans le Marwedel, on dissèque et recoud un trajet dans l'épaisseur même des tuniques de l'estomac. Ces procédés sont parfaits, ou peu s'en faut. Mais, leur exécution exige un temps assez long, cinquante ou soixante minutes au moins, considération qui a bien son importance, puisque nous sommes assez souvent réduits à pratiquer la gastrostomie sur des cachectiques cancéreux dont la résistance est en raison inverse de l'affaiblissement.

C'est alors que l'on est tenté d'abandonner ces procédés bons mais relativement compliqués, pour recourir à l'abouchement simple et direct de l'estomac à la peau, qui peut être établi avec plus de rapidité. Je n'ignore pas que nombre d'entre nous tiennent encore pour le procédé simple et je crois que ces collègues ont raison quelquefois. Mais, soit que l'abouchement ait été mal fait, soit parce qu'il est des estomacs toujours intolérants, comme le dit Tuffier, à l'avis duquel je ne saurais me ranger, il arrive trop souvent que ces bouches directes sont incontinentes.

Vous avez tous présentes à la mémoire ces énormes fistules gastriques, entourées de plaies ulcéreuses, que l'on voyait dans nos services hospitaliers au temps de l'abouchement direct et que l'on ne voit plus guère aujourd'hui que chacun de nous s'est efforcé vers un procédé moins simple mais toujours meilleur.

Pour ma part, ayant obtenu dans mes premières gastrostomies par abouchement direct avec ouverture très étroite de l'estomac des résultats médiocres ou mauvais, j'ai dû chercher mieux. J'ai ourlé la muqueuse à la peau, suivant le procédé de M. le professeur Terrier et n'ai point eu à me louer du résultat. J'ai ensuite fait le Fontan et en ai été fort satisfait jusqu'au jour où, comme je vous l'ai dit, il m'arriva de ne point trouver assez d'étoffe pour le pratiquer. Et j'ai été ainsi conduit, comme nombre d'entre nous, je suppose, à une pratique personnelle qui m'a donné dans cinq cas d'excellents résultats.

Ce procédé, qui ne vise point à l'originalité, utilise les travaux de Pénières, de Fontan, de Forgue et d'autres sans doute. Il est basé sur la facilité avec laquelle on obtient sur l'estomac vivant la séparation des tuniques musculeuse et muqueuse; abouchant la tunique musculeuse à la peau, il obtient extemporanément une valvule muqueuse qui assure, dès le premier jour, la continence de l'estomac; il ne supprime rien de la muqueuse gastrique; il est d'exécution facile et rapide; enfin, il m'a paru applicable à tous

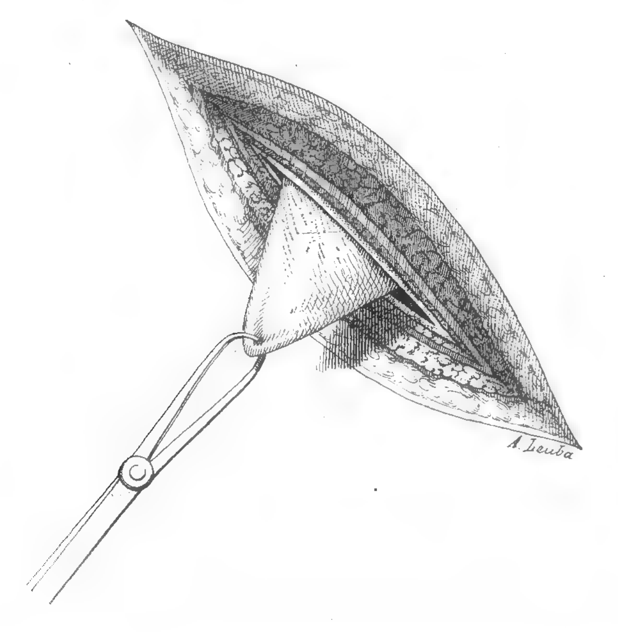


Fig. 1.

les estomacs. Voici comment une expérience de cinq ans m'a permis de le régler.

L'incision suit le rebord costal gauche, à un travers de doigt; sa longueur n'excède point 8 centimètres, à moins que le sujet ne soit encore gras, comme il arrive quelquefois même chez les cancéreux.

On coupe ensuite les deux couches musculaires, l'une épaisse (grand droit) l'autre mince (transverse). J'insiste sur ce point parce qu'il n'est jamais spécifié et parce qu'il faut apporter beaucoup d'exactitude en anatomie, en anatomie chirurgicale surtout. Les deux couches sont facilement reconnaissables et j'utiliserai la couche profonde, mince, dans un instant.

Après que les deux couches musculaires ont été coupées et que

l'hémostase a été faite, le péritoine pincé et soulevé est incisé sur une longueur de 4 centimètres seulement; c'est assez pour passer deux doigts qui vont chercher, saisir et attirer l'estomac. Vous savez que si d'ordinaire l'estomac est trouvé et pris du premier coup, il est des cas où il faut y regarder à deux fois; je n'insiste pas; on agrandit la plaie péritonéale s'il y a lieu.

L'estomac reconnu est saisi au bon endroit, c'est-à-dire *aussi haut que possible*, sans toutefois le trop tirailler, et à distance des gros vaissaux. Une fois le point choisi, on le saisit avec une pince

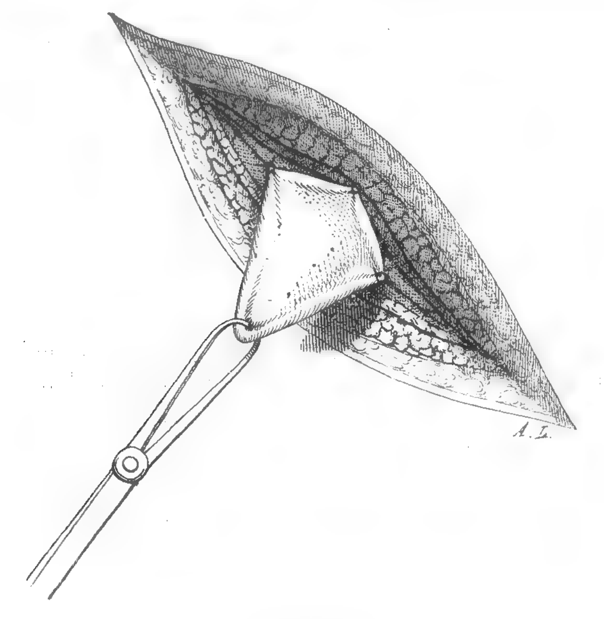


Fig. 2.

fixe à dents fines et on le maintient hors de la plaie péritonéale, au centre de laquelle il fait cône. Palpez ce cône entre deux pulpes et vous sentirez très bien, surtout le long des bords, les tuniques musculeuse et muqueuse se mouvoir l'une sur l'autre par l'intermédiaire de ce tissu séreux qu'est la sous-muqueuse; rien n'est plus facile que de pincer seulement la musculeuse.

Le cône stomacal à utiliser pour la bouche à établir ne doit pas avoir plus de 2 centimètres de hauteur, et autant à sa base, à moins que le sujet n'ait une paroi abdominale exceptionnellement grasse. Une fois le cône réglé, fixez-le en place par quatre points de suture placés à ses points cardinaux. Ces points comprennent la transverse et le péritoine d'une part, les tuniques séreuses et

musculaires de l'estomac d'autre part. La plaie du péritoine est ainsi fermée et l'estomac (muscle) solidement fixé.

La pince fixatrice étant enlevée, pratiquez au sommet du cône

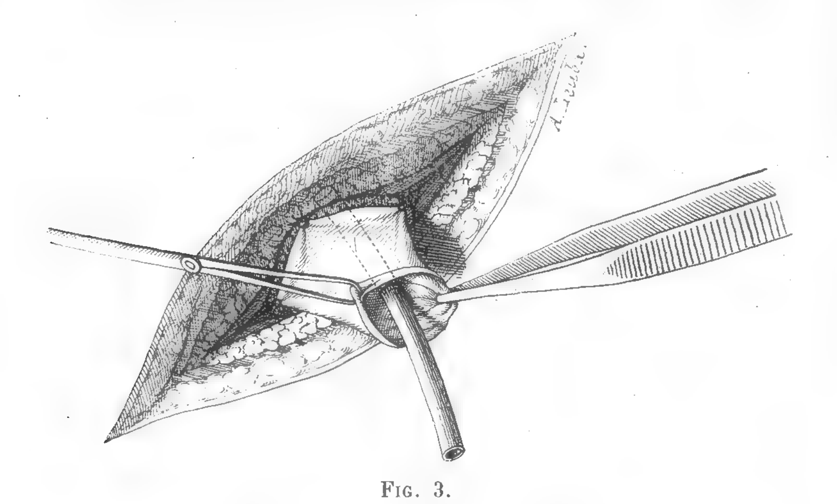


Fig. 3.

stomacal une incision d'un centimètre au plus; au fond de cette incision qui ne comprend que la tunique musculaire, on voit

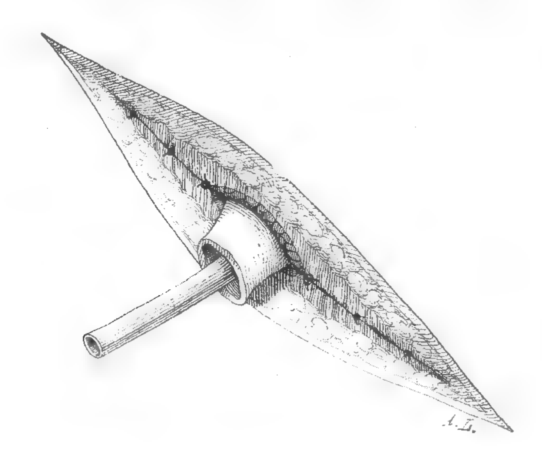


Fig. 4.

flotter un dôme muqueux; avec une sonde cannelée, achevez de décoller cette muqueuse pour la repousser jusqu'à la base du cône; pour mieux faire ce travail et le pousser plus loin, saisissez avec une pince fine et attirez la muqueuse; poussez le décollement

aussi loin que possible, surtout vers la partie supérieure de la plaie; lorsque vous jugez que ce décollement est suffisant, sans lâcher la pince qui tend la muqueuse, perforez celle-ci d'un coup de sonde cannelée, et introduisez immédiatement la sonde molle n° 14. Après que celle-ci a été introduite, lâchez la muqueuse qui s'enfonce et emporte loin de la plaie faite à la tunique musculeuse l'orifice muqueux d'abouchement.

Il reste maintenant à réunir au catgut les muscles droits, de chaque côté du cône musculaire stomacal et à suturer la peau en ménageant une plaie centrale, du diamètre de la sonde, autour de laquelle la tunique musculaire de l'estomac est fixée à la peau par quatre points.

A la description, cela peut paraître long; en fait, cela est très

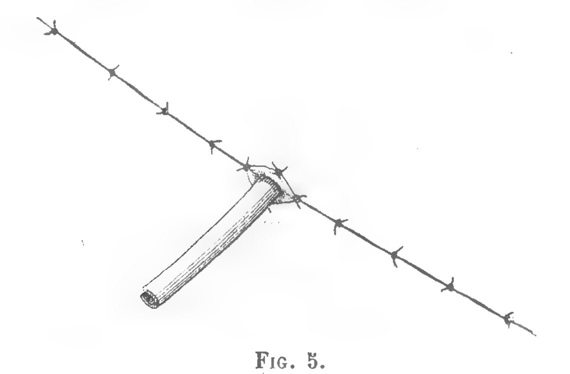


Fig. 5.

rapide, surtout le temps du décollement de la muqueuse qui s'effectue avec la plus grande facilité. En tout, l'opération dure trente minutes environ.

Vous comprenez, Messieurs, comment le canal constitué par la tunique musculaire de l'estomac est fermé en son fond par la muqueuse décollée, flottante, l'obturant à la façon d'une valvule. Dans deux des cinq cas pour lesquels j'ai appliqué ce procédé, je fus obligé d'introduire de la nourriture liquide quatre heures après l'opération, parce que les opérés étaient arrivés à un état de faiblesse extrême. La continence fut parfaite.

Je laisse la sonde en place pendant huit jours, au bout desquels on la retire pour ne la plus réintroduire qu'aux heures des repas. Bien que l'un de mes opérés, atteint de cancer, ait vécu onze mois, je n'ai pas observé de rétrécissement du trajet.

M. Terrier. — Je n'ai pas à présenter d'objections à l'opération que préconise M. Poirier, car je ne l'ai pas faite. Je crains bien,

pour ma part, que les résultats ne soient pas toujours aussi heureux, malgré les variétés de valvule et cela pour plusieurs raisons, parmi lesquelles la composition chimique du suc gastrique joue un rôle très important. S'il est peu acide, les tissus supportent très bien son contact; au contraire, lorsqu'il est très acide, il les altére. Cette composition varie, non seulement suivant les sujets, mais, chez un même sujet, suivant l'état plus ou moins favorable de la nutrition. Chez une jeune fille atteinte de retrécissement de l'œsophage et dont la nutrition était très altérée, une fistulette ne servant pas encore avait donné lieu à une ulcération produite par un suc gastrique extrêmement acide. Un peu plus tard, l'état général s'étant amélioré sous l'influence de l'alimentation qui se faisait à la fois par la fistule et par la bouche, l'acidité du suc gastrique diminua, l'ulcération disparut et la fistule devint parfaitement continente. Cette question des variations de la composition du suc gastrique mérite d'attirer l'attention des chirurgiens.

Dans l'espèce, le procédé que vient de nous décrire M. Poirier est théoriquement des plus logiques, mais je ne crois guère, pour ma part à la persistance de la valvule qui doit disparaître, étant donné ce que nous savons de l'évolution habituelle de ces trajets obliques, plus ou moins valvulaires qui finissent toujours par se redresser, au point que les fistules deviennent directes. Cette remarque ne s'applique pas seulement à l'estomac, mais à toutes les anastomoses des anses intestinales, soit à la paroi abdominale, soit entre elles.

Le procédé de Pénières consistait à faire des plis multiples dont on pouvait espérer voir persister quelques-uns; dans le procédé de M. Poirier, au contraire, par une dissection attentive et par l'invagination de la muqueuse, on établit un canal formé de deux cônes à bases opposées : l'un séro-musculaire ouvert à l'extérieur, l'autre muqueux faisant saillie dans l'estomac. M. Poirier pourrait peut-être nous dire, d'après les autopsies, quel a été le sort de ce cône muqueux : s'est-il atrophié, ou bien a-t-il persisté ?

M. Reclus. — J'accepte volontiers ce que vient de dire M. Terrier sur l'influence de la composition chimique du suc gastrique, mais au point de vue de l'issue du suc gastrique, je dois dire, après avoir fait un grand nombre de gastrostomies par divers procédés (Fontan, Pénières, etc.), que tous ces procédés m'ont donné des insuccès et des succès. Mais depuis que j'ai suivi le précepte donné ici autrefois, d'ouvrir l'estomac le plus près possible du cardia, je n'ai eu vraiment que des succès au point de vue de la contention du suc gastrique et je n'ai plus observé d'ulcération.

M. Rochard. — Je ne sais si c'est parce que j'ai ouvert l'estomac le plus haut possible que dans mes opérations de gastrostomie, j'ai obtenu des fistules continentes, tout ce que je puis dire, c'est que je n'ai eu qu'à me louer du procédé de Marwedel.

M. Bazy. — En réponse à M. Terrier, je dirai que M. Barozzi a publié une autopsie dans laquelle l'obliquite du canal avait persisté.

M. Routier. — M. Poirier a eu raison de me prendre à parti; en effet, je fais mon possible pour ne pas avoir de hernie de l'estomac; je me contente de fixer la paroi stomacale, et je la prends le plus près possible du cardia, ce qui n'est pas toujours facile. Toutes mes fistules sont continentes. Mon incision est parallèle aux fibres du droit. Passé les premiers jours, je ne mets de sonde qu'au moment où il faut donner à manger au malade, mais, dans ces conditions, il importe de lutter attentivement contre le rétrécissement. Récemment, sur un malade arrivé au dernier degré d'inanition, le suc gastrique s'écoulait chaque fois qu'on ôtait la sonde, il n'y avait cependant pas d'ulcération; au bout de quelque temps, l'estomac s'est sans doute dilaté; est devenu tolérant et, aujourd'hui, il ne s'écoule plus une goutte de suc gastrique. Je fais mon opération en quelques minutes avec quatre points de suture et je reprocherai au procédé de M. Poirier de demander pour son exécution de trente-cinq à quarante minutes.

Mon dernier opéré n'aurait certainement pu supporter une intervention de semblable durée.

M. Tuffier — Je ne me lasserai pas de répéter que tous les procédés de gastrostomie peuvent donner le même résultat; la situation de l'orifice et le degré de tolérance gastrique sont les facteurs les plus importants; mais il n'est pas très facile de placer son orifice très haut, par exemple si le foie est gros et l'estomac très rétracté.

Je suis d'accord avec M. Terrier, pour accorder une grande importance à la qualité du suc gastrique.

M. Schwartz. — Depuis dix ans, je suis resté fidèle à un procédé simple et rapide, analogue à celui qu'emploie M. Routier. Je fixe l'estomac au péritoine. Je fais un très petit orifice, j'y place une sonde qui est bientôt retirée, puis je surveille la dilatation de la fistule. Je ne changerai certainement pas de procédé, mais il importe de surveiller attentivement le rétrécissement de la fistule. J'ai, en effet, opéré, il y a huit mois, un homme atteint de rétré-

cissement de l'œsophage et chez lequel la déglutition était devenue si facile à la suite de la disparition du spasme œsophagien qu'il a omis de cathétériser sa fistule : elle s'est oblitérée, et j'ai dû reponctionner l'estomac et remettre une sonde. Seulement j'ai eu alors la mauvaise idée d'attirer l'estomac : il en est résulté une incontinence du suc gastrique.

Je suis d'accord avec M. Tuffier pour dire qu'il est souvent impossible d'ouvrir l'estomac près du cardia.

M. Reclus. — Je ne puis laisser passer cette discussion sur la gastrostomie sans insister sur la facilité des opérations à la cocaïne, je les ai pratiquées toujours ainsi depuis plus de dix ans. Il m'est arrivé d'avoir affaire à des estomacs rétractés et j'ai dû, dans un cas, faire sur l'estomac trois prises successives avant d'arriver assez haut pour pouvoir placer l'ouverture près du cardia ; quant à l'oblitération, je l'ai observée moi aussi et je la préviens par un cathétérisme régulier.

M. Quénu. — Je reste fidèle au procédé d'abouchement direct que j'ai appris il y a onze ans dans le service de M. Terrier, en insistant sur ce point spécial de faire une toute petite ouverture, une ponction ; mais je me sépare de MM. Schwartz et Routier, en ce sens que j'amène au dehors un petit dôme stomacal ; je fais une minuscule boutonnière et je suture par un point la muqueuse à la peau. Je trouve avantage à obtenir le plus tôt possible la jonction de l'épiderme à l'épithélium gastrique, une surface épithéliale résistant mieux aux sucs digestifs qu'une tranche de paroi abdominale.

J'ai présenté ici il y a deux ans un vieillard porteur d'une fistule gastrique datant d'un an et, à l'opposé de la vie, j'ai présenté cette année un enfant de cinq ans opéré depuis trois mois : chez tous deux le fonctionnement de la fistule était parfait et il n'avait existé aucune digestion de la paroi à aucun moment.

M. Lucas-Championnière. — Je suis de l'avis de M. Quénu ; je suture la muqueuse à la peau. Le procédé importe peu, pourvu que l'orifice soit petit et qu'on ne laisse pas de sonde à demeure. Dans ces conditions, je n'ai jamais observé la digestion de la paroi. Comme M. Terrier, je crois à la différence d'action des sucs gastriques, mais l'important, c'est l'étroitesse de l'orifice.

M. Pierre Delbet. — Je ne veux pas m'occuper de la manière de faire l'abouchement. Je suis, à ce point de vue, pour les procédés simples. Ce que je veux dire, c'est que pour pratiquer une

gastrostomie, il vaut mieux faire une incision verticale au travers du muscle droit que l'incision transversale oblique qui est classique. L'incision verticale permet tout aussi facilement d'aborder l'estomac, d'autant plus qu'on peut la poursuivre sur le rebord costal, et pour la réfection de la paroi, aussi bien que pour la continence de l'orifice, elle est plus favorable que l'incision classique.

M. Richelot. — Le procédé de Marwedel donne de bons résultats, on peut en juger par les observations de Barozzi dont plusieurs ont été prises dans mon service. Il semble que, le plus souvent, l'obliquité du trajet persiste et que la soupape est suffisante pour contenir le suc gastrique.

M. Tuffier. — J'ai pratiqué plusieurs fois le procédé de Marwedel, il est trop long et applicable seulement dans les cas rares où le malade offre une certaine résistance.

M. Rochard. — Un de mes malades est opéré depuis deux ans par le procédé de Marwedel, il a conservé un trajet oblique. Quant à la durée de l'opération, elle ne dépasse pas trente minutes.

M. Poirier. — L'influence de qualités mal définies du suc gastrique, sur laquelle M. Terrier vient d'attirer notre attention, est intéressante, mais secondaire, puisque tous ici nous obtenons toujours, et par des procédés divers, des bouches continentes. J'ai déjà dit ce que je pensais de la division des estomacs en tolérants et intolérants. Sans doute, la petitesse de l'orifice est pour beaucoup dans l'excellence des résultats que nous obtenons. M. Terrier incline à penser que la valvule muqueuse ne garde point ses qualités premières, qu'elle se redresse et se rétracte; je suis, comme lui, tout à fait convaincu qu'elle subit une sorte de rétraction, mais j'affirme qu'elle reste suffisante. Je ne puis apporter de preuve anatomique : un seul de mes opérés est mort dans mon service, trois mois après l'intervention ; c'était pendant les vacances et la pièce a été perdue.

M. Terrier. — Je tiens à faire remarquer que le point de technique essentiel qui a singulièrement amélioré nos résultats est l'établissement d'une ouverture aussi *petite* que possible.

Présentation de malades.

Kyste hydatique du rein droit, opéré par la méthode du capitonnage. Rapide guérison.

M. Lejars. — La malade que j'ai l'honneur de vous présenter a été opérée, le 27 mars dernier, d'un volumineux kyste hydatique du rein droit, et j'ai utilisé chez elle la méthode du capitonnage, exposée par mon ami M. Delbet.

Elle m'avait été adressée à l'hôpital Tenon par mon confrère, le Dr Pascal, avec une grosse tumeur fluctuante qui occupait le flanc et une grande partie de la fosse iliaque, et dessinait en avant un relief arrondi qui se prolongeait jusqu'à la ligne médiane.

Cette tumeur s'était développée lentement, sans réactions bruyantes, et longtemps elle avait passé inaperçue. La gêne croissante, la sensation de poids, les tiraillements douloureux, qui dérivaient de son accroissement de volume, avaient fini par inquiéter la malade et l'avaient déterminée à consulter un médecin. Il n'y avait pas, il n'y avait jamais eu d'accidents urinaires : l'urine était normale de quantité et de teneur, les mictions n'étaient ni fréquentes ni douloureuses.

Le siège de cette tumeur fluctuante, qui était plus grosse qu'une tête d'adulte, sa surface parfaitement régulière et lisse, son indolence relative, et aussi une sorte de frémissement, de vibration spéciale, qu'elle donnait sous le choc de la main, nous firent porter le diagnostic de kyste hydatique du rein.

Le kyste paraissait développé tout entier en avant; aussi était-il naturel de l'aborder par la voie antérieure, para-abdominale, sur la zone où, soulevant la paroi, il était le plus directement accessible.

Je fis donc, à quatre travers de doigt de la ligne médiane, une incision verticale d'environ 12 centimètres, au point culminant de la tumeur; la paroi abdominale sectionnée, j'arrrivai sur une poche rétro-péritonéale, que je ponctionnai d'abord, et qui donna issue à un litre environ de liquide clair, mêlé de débris de vésicules hydatiques. Le diagnostic était, de ce fait, confirmé, et le kyste fut incisé, sur toute la longueur de la plaie, et toujours dans le plan sous et rétro-péritonéal, le péritoine, refoulé, d'ailleurs, par la tumeur, restant intact.

Il s'échappa de la poche une quantité considérable de vésicules, complètes ou fragmentées, et, après avoir déblayé la cavité jusqu'au fond, j'amenai sans difficulté la membrane mère, décollée, en trois gros segments.

Je cherchai alors à exciser le plus possible de la paroi kystique, grisâtre, épaisse de 5 à 8 millimètres environ, et relativement souple dans la plus grande partie de son étendue. Pour cela, j'ouvris le péritoine, je décollai une nappe épiploïque adhérente au côté interne de la tumeur, et j'attirai largement au dehors toute la masse : il fut aisé de constater, à ce moment, que le kyste avait pris naissance dans le segment inférieur du rein, et que le reste du parenchyme paraissait normal.

Je réséquai, aux ciseaux, plus des deux tiers de la poche, qui, du reste, s'épaississait dans la profondeur et laissait, à la coupe, suinter un peu de sang. Il me restait un cul-de-sac de la largeur approximative de la main, que je me mis en devoir de fermer par le capitonnage.

Sans faire d'autre manœuvre préliminaire que d'essuyer avec une compresse stérilisée sèche la face interne de ce récessus, je faufilai, dans l'une et l'autre de ses parois, quatre ou cinq catguts n° 0, et chacun de ces fils séparés fut noué superficiellement, réalisant un accollement exact des deux versants ; enfin la brèche, réduite dès lors à une simple fente longitudinale, fut fermée par un surjet à la Lembert.

Ceci fait, l'incision abdominale fut réunie à trois plans.

La guérison eut lieu sans le moindre incident ; au vingtième jour, l'opérée quittait l'hôpital. L'état général est excellent : la cicatrice est régulière, souple, mobile, et la région complètement indolente.

C'est un fait de plus à inscrire à l'actif de la méthode de Delbet ; il montre qu'elle est applicable aux kystes hydatiques de tous les organes, sous la réserve que le liquide en soit clair et aseptique.

M. Pierre Delbet. — Je remercie mon ami Lejars d'avoir présenté cette malade. C'est un très beau succès. Je serais heureux que tous les membres de la Société de chirurgie voulussent bien considérer cette cicatrice. On se rend bien compte en l'examinant, en la palpant, de l'énorme avantage qu'il y a à ne pas fixer la poche à la paroi. Lejars a fait le capitonnage comme j'ai conseillé de le faire, c'est-à-dire qu'il a réduit la poche en la laissant libre dans l'abdomen. Aussi non seulement sa malade a guéri en quelques jours, mais sa guérison est complète. Les organes ont repris leur place normale ; c'est véritablement le retour à l'intégrité.

En terminant, Lejars faisait remarquer que le capitonnage s'appliquait à tous les kystes à contenu clair. Je suis tout à fait de son avis et je vous rappelle que toutes mes communications ou travaux sur ce sujet, ont été intitulés : traitement des kystes

hydatiques de l'abdomen, justement pour bien montrer que la méthode ne s'applique pas seulement aux kystes du foie.

M. SOULIGOUX présente un malade auquel il a pratiqué l'*ablation d'un cancer iléo-cæcal, abouchement latéro-latéral.* — M. PEYROT, rapporteur.

Présentation de pièces.

Radiographie dans les lésions articulaires.

M. LOISON. — La radiographie que j'ai l'honneur de vous présenter, est un des nombreux exemples montrant les avantages qu'offre l'emploi des rayons de Rœntgen, pour le diagnostic exact des lésions articulaires.

Le soldat X..., de la 1re compagnie de cavaliers de remonte, entre au Val-de-Grâce, le 18 avril 1900, dans le service de M. le médecin-major Mignon. Il a reçu le 21 mars, un coup de pied de cheval sur la face antéro-externe du coude droit. L'examen clinique permet de porter le diagnostic de contusion de l'articulation du coude, accompagnée peut-être de fracture incomplète de la cupule radiale.

La région, examinée à l'écran fluorescent, ne présente rien d'anormal; mais sur les radiographies prises successivement dans le sens antéro-postérieur, puis dans le sens transversal, on voit nettement qu'il existe un corps étranger articulaire, d'origine traumatique, ostéo-cartilagineux probablement, du volume d'un petit haricot, placé au niveau de la face postérieure de l'articulation huméro-radiale.

L'attention, une fois appelée sur ce point, il fut possible d'y constater cliniquement la présence du corps étranger, alors qu'il avait échappé aux recherches antérieures.

Je vous demande également la permission de revenir en quelques mots sur un autre point de radiographie clinique, sur lequel j'ai déjà eu l'honneur d'appeler l'attention de la Société, à la séance du 30 janvier dernier.

Je vous avais présenté une fracture incomplète du 2e métatarsien, dite fracture de marche, dont le trait semblait invisible à certains d'entre vous; je n'ai pas pu retrouver ce malade pour le

radiographier à nouveau et vous montrer le cal fusiforme dont il est certainement porteur actuellement.

Mais j'ai eu la bonne fortune de revoir deux hommes chez lesquels j'avais diagnostiqué une fracture de marche, d'après un trait incomplet, beaucoup moins net et moins visible que chez le malade précédent et qui présentent actuellement le cal en virole caractéristique.

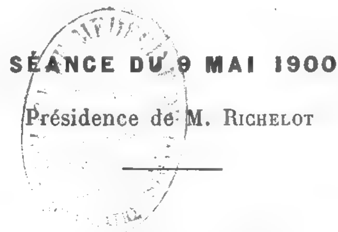
Deux soldats du 130e de ligne, souffrant du pied, à la suite des marches d'épreuve qui ont eu lieu dans les derniers jours du mois de mars, sont amenés à la radiographie, l'un le 2, l'autre le 9 avril. Je constate chez l'un une fracture incomplète du col du 2e métatarsien, et chez l'autre une fracture également incomplète de la partie antérieure de la diaphyse du 3e métatarsien. Chez le dernier, on voit un simple trait, sans déplacement, sur l'une des parois du cylindre de tissu compact; chez l'autre, il existe une fissure également unilatérale, avec léger entrebâillement.

Je crois donc pouvoir continuer à dire qu'en variant les incidences, et au besoin en examinant les clichés à la loupe, ce que je fais dans ces cas, la radiographie peut primitivement montrer l'existence d'une fracture incomplète soupçonnée par la clinique, et la formation ultérieure du cal ne fait que confirmer secondairement le diagnostic.

Le Secrétaire annuel,

AD. JALAGUIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 9 MAI 1900

Présidence de M. Richelot

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Un travail de M. Véron, médecin militaire, intitulé : *Anévrisme traumatique diffus de la loge postérieure de la jambe, consécutif à une plaie des vaisseaux tibiaux postérieurs.* — Ce travail est renvoyé à une commission : M. Chaput, rapporteur.

3° Divers travaux de chirurgie, offerts à la Société, par M. Senereano (de Bucarest).

A l'occasion du procès-verbal.

A propos de la gastrostomie.

M. Paul Segond. — La discussion soulevée mercredi dernier par la communication de notre collègue M. Poirier, sur un « nouveau procédé de gastrostomie » démontre une fois de plus que dans la pratique de cette opération on doit, avant tout, s'attacher à remplir les trois indications suivantes : opérer vite et simplement, placer la bouche près du cardia et la faire aussi petite que possible. Pour ma part, les quelques gastrostomies que j'ai faites avec ce triple objectif m'ont depuis longtemps convaincu que toute opération, pratiquée dans ces conditions, ne possède guère de gravité propre et qu'elle donne presque toujours une bouche continente. Bref, je suis en parfaite communion d'idées avec ceux

d'entre vous qui préconisent le procédé d'abouchement direct muco-cutané, avec ponction très étroite, placée aussi près que possible du cardia. J'ajoute, comme seul détail particulier, que pour les opérations de cette nature, opérations qui exposent plus ou moins à des recherches ou à des tractions viscérales, je reste partisan de l'anesthésie générale et point du tout de la cocaïnisation locale.

Si je prends un instant la parole, ce n'est donc point pour souligner à mon tour ces quelques vérités, c'est uniquement pour vous rappeler un cas de gastrostomie que j'ai, sans doute, déjà publié (1), mais qui me paraît, néanmoins, digne de votre attention, ne fût-ce qu'en raison de son âge. L'opération date, en effet, de plus de quinze ans et demi et l'opérée jouit, à cette heure, d'une parfaite santé. En outre, certains détails de cette observation viennent confirmer ce que nous disait M. Terrier sur le rôle de la composition chimique du suc gastrique. On y trouve enfin un exemple des effets (très salutaires, dans le cas particulier), de la rétraction cicatricielle dont M. Schwartz nous a signalé les inconvénients possibles. Vous ne m'en voudrez donc pas, j'imagine, de revenir sur cette vieille observation, d'autant qu'elle paraît avoir échappé aux auteurs qui ont le plus récemment écrit sur la question. La voici réduite aux seuls détails qui touchent à notre discussion actuelle.

L'opération date du 12 septembre 1884. Je l'ai faite à Necker, avec l'assistance du professeur Potain. Il s'agissait d'un rétrécissement infranchissable de l'œsophage consécutif à l'ouverture, dans ce conduit, d'un abcès ganglionnaire. N'ayant à cette époque aucune expérience personnelle de l'opération en question, j'avais, suivant une coutume familière à plus d'un chirurgien de ma génération, demandé et pris les conseils de Farabeuf. Si je note ce détail, ce n'est point seulement pour me donner le plaisir de citer ce maître très cher, c'est pour rappeler que, dès cette époque, il n'avait pas manqué de me donner les conseils fondamentaux dont nous parlons aujourd'hui. Faites une bouche aussi petite que possible, m'avait-il dit, et tâchez de la placer tout près du cardia. Je lui ai donc obéi de mon mieux. Mais ce mieux ne fut malheureusement pas parfait. La bouche était encore trop grande, et pendant bien longtemps mon opérée a souffert de l'incontinence de son orifice stomacal et des ulcérations tégumentaires provoquées par l'issue du suc gastrique.

(1) *Congrès français de chirurgie*. Paris, 1885, p. 547 ; *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.* Paris, 1888, t. XIV, p. 381 ; *Gaz. heb. de méd. et de chir.*, 1891, p. 542.

C'est précisément durant cette première période, que nous avons pu observer assez nettement que l'état de la santé générale, ou mieux de la santé gastrique de l'opérée, si je puis ainsi dire, avait une influence sur l'état ulcéreux des téguments circonscrivant la bouche stomacale. Dès que survenaient des symptômes d'embarras gastrique, et le fait n'était pas rare, les ulcérations s'en ressentaient aussitôt, elles s'étendaient et devenaient plus douloureuses. Puis, avec le retour à de meilleures digestions, les ulcérations cédaient à de simples soins de propreté. Bien qu'il n'y ait pas eu d'examen du suc gastrique fait à cette époque, il me paraît assez plausible d'attribuer ces modifications de l'état des lésions ulcéreuses à des variations dans la composition chimique du suc gastrique et de trouver ici, par conséquent, une confirmation probable des réflexions de M. Terrier.

Quant au rôle que la rétraction cicatricielle a pu jouer dans ce cas particulier, vous le pressentez bien. Cette rétraction s'est faite progressivement et d'elle-même. La bouche, autrefois trop grande, est devenue peu à peu continente et, c'est ainsi que, depuis bien des années, tout va pour le mieux de ce côté. J'ai revu l'opérée il y a quelques jours et je puis, *de visu*, vous donner l'assurance qu'elle est en parfaite santé générale.

Peut-être n'est-ce pas la dernière fois que je parle de cette opérée, ou tout au moins je l'espère, et voici pourquoi. Depuis quelques années, son retrécissement n'est plus infranchissable. Elle boit assez aisément des liquides et pendant qu'elle s'injecte des purées solides par sa fistule, elle se donne souvent la compensation de sucer des bonbons de son choix. De mon côté, j'ai pu la cathétériser avec une bougie fine sans trop de difficultés. Si bien que j'insiste depuis longtemps auprès d'elle pour la décider à venir dans mon service, lui promettant en échange d'arriver peut-être à la faire manger comme tout le monde. Mais jusqu'ici je n'ai pu la convaincre. Elle se trouve très bien comme elle est, elle redoute une nouvelle opération, elle a peur d'avoir à séjourner longtemps loin des siens. Bref, elle ne veut rien entendre. Je n'en conserve pas moins l'espoir de la décider, et si je réussis jamais à lui rendre un estomac clos et un œsophage libre, je ne manquerai pas de vous en aviser.

A propos de l'asepsie opératoire.

M. Tuffier. — J'étais absent au début de la précédente séance et je viens répondre à M. Quénu. — J'ai écrit que M. Quénu devait ignorer mon travail puisqu'il ne l'a pas cité. — Quant à la ques-

tion « d'emprunt », elle ne se pose pas, et elle ne peut même pas se poser, car je crois que nous n'avons, ni lui ni moi, la prétention d'avoir inventé quoi que ce soit en asepsie; nous avons suivi les promoteurs, nos pratiques se ressemblent donc en tant que manuel opératoire. Voilà tout.

M. Quénu. — Il y a une question de fond que je ne veux pas discuter puisqu'il n'y a qu'à rapprocher les dates de nos publications et il y a une question de forme. Quelle qu'ait été l'intention de M. Tuffier, la phrase qu'il a insérée dans les bulletins est une accusation de plagiat. Or, cette phrase, il ne l'avait pas prononcée, et il n'est pas admissible qu'on puisse modifier les termes d'une discussion autrement que pour en adoucir la vivacité.

Lecture.

Plaie du cœur. Suture du ventricule gauche. Guérison.

par M. J. Fontan (de Toulon).

Observation. — Le 1er janvier 1900, à 6 heures du matin, on apporte à la clinique chirurgicale (hôpital principal de la marine à Toulon), un soldat qui porte plusieurs blessures à la poitrine. Le billet d'entrée porte la mention suivante : « Ce militaire, morphinomane, a tenté de se suicider en se portant six coups de ciseaux dans la région du cœur. — Envoyé d'urgence à l'hôpital. »

La blessure a été produite à 2 heures du matin. C'est à 8 heures que je l'examine et vers 8 heures et demie que j'interviens.

Six coups de ciseaux (ciseaux de couturière ayant une lame piquante, et que je n'ai pas pu me faire présenter), six coups de ciseaux ont formé six plaies entre la 3e et la 7e côte dans la région précordiale. Autour de la plus élevée, dans la région pectorale, emphysème sous-cutané manifeste. Autour des deux inférieurs, qui sont à 3 et à 5 centimètres au-dessous du mamelon, et un peu en dedans, existe une voussure fluctuante formée de caillots entassés sous la peau, et, en déplaçant les caillots par pression, il se produit de la traumatopnée.

En percutant le malade, on perçoit dans le côté gauche de la sonorité exagérée en avant (pneumothorax) et de la matité en arrière (hémothorax). En faisant asseoir le blessé, les plaies inférieures versent un flot de sang qui était accumulé dans la plèvre.

Etat général très précaire. Angoisse respiratoire. Pouls filiforme. Température 36°6. Un crachat sanglant. Bruits du cœur étouffés, éloignés, inégaux, sans bruit de moulin. Pouls filiforme à 130.

Le diagnostic positif est : hémothorax avec hémorragie probablement persistante; plaie pénétrante de la plèvre et du poumon; peut-être blessure du cœur et du diaphragme.

Sous nos yeux, le blessé a quelques vomissements sans caractère, et une syncope.

Chloroformisation prudente et sans accident.

Je pratique rapidement un grand volet, comprenant les 4e, 5e et 6e côtes, le centre du volet correspondant au mamelon, le bord inférieur correspondant à la plaie inférieure (dans le 6e espace), le bord interne se trouvant à peine en dedans de la ligne des articulations chondro-costales. La section est faite en pleins cartilages avec le bistouri.

A la base du lambeau, sur la ligne axillaire, la côte supérieure et l'inférieure sont sectionnées avec la cisaille, l'intermédiaire est fracturée à la main.

Le lambeau renversé dans l'aisselle, on trouve d'abord la plèvre remplie de sang noir en partie coagulé; tout ce sang est évacué; le poumon est affaissé vers la gouttière vertébrale. On aperçoit alors : 1° une plaie sur le diaphragme; mais cette plaie ne paraît ni pénétrer dans le ventre, ni donner lieu à une hémorragie importante; 2° une plaie sur le bord antérieur du poumon, avec issue de sang en ce point et bouillonnement d'air; on la saisit et on l'obture avec deux ou trois pinces; 3° une plaie de un centimètre sur le péricarde, par laquelle le sang s'échappe et tombe dans la plèvre.

Je fends aussitôt le péricarde avec des ciseaux dans une hauteur de 4 centimètres, et j'en fixe les bords avec des pinces repères. Je trouve alors le péricarde plein de sang, et le doigt explorant le cœur y reconnaît une plaie sur le ventricule gauche à 3 ou 4 centimètres au-dessus de la pointe. Nettoyée et mieux exposée, la plaie mesure 12 millimètres de long; elle est transversale et donne à chaque systole un jet de sang rutilant.

Un stylet qu'on y insinue doucement pénètre librement à une profondeur de 7 centimètres.

Je saisis aussitôt avec une pince à griffe la commissure interne de la plaie; et j'y jette avec promptitude, mais avec de grandes difficultés, à cause des mouvements violents du cœur, un premier point de catgut avec une aiguille d'Hagedorn moyenne. Ce point étant noué, le bout libre sert de moyen de fixation, je pourrais dire de suspension, et me guide pour le passage de deux autres points en surjet, allant de dedans en dehors et aussi d'avant en arrière, la plaie étant sur une face fuyante. A ce moment, l'hémorragie est bien arrêtée. Néanmoins, je place encore deux points en retour, avec le même fil continu, de façon à former un deuxième surjet, croisant le premier. Le chef terminal est ensuite noué avec le chef initial.

Cette suture a été très prompte, pas trop difficile, le premier point seulement ayant présenté de grandes difficultés, que j'analyserai plus tard et qui tiennent autant aux mouvements respiratoires qu'aux battements du cœur. Disons seulement pour le moment que la piqûre du cœur est beaucoup plus facile à faire en diastole.

Autant que possible mes fils n'ont pas traversé la totalité du muscle cardiaque.

Nettoyage avec les doigts, puis avec l'eau bouillie de la cavité du péricarde. Suture au catgut de la plaie péricardique, ainsi que de la plaie pulmonaire. Nettoyage de la plèvre; il n'y a plus aucune source de sang.

Fixation du volet costal par des crins de Florence à l'aplomb de chaque côté; puis réunion totale de la paroi sans aucun drainage.

Le pouls est petit; la température basse et la pâleur extrême; l'auscultation du cœur avec le phonendoscope donne des bruits nets, bien cadencés, 40 respirations à la minute.

Injection de 750 grammes de sérum dans la matinée; le malade se plaint de froid; le réchauffement se produit à 2 heures. Température, 37°9.

Deux centigrammes de morphine en injection dans la journée.

Le 2 janvier, le pouls est large, plein, régulier à 112.

Les urines sont abondantes et claires; température 38 degrés; sensorium intact; voix pleine, assurée.

Les jours suivants tout va bien; on continue l'usage du thé punché, du perchlorure de fer, de la morphine.

Le 10 janvier, les plaies sont entièrement réunies par première intention. L'auscultation faite avec soin permet de constater un fonctionnement absolument normal du cœur, sans trace de péricardite; le pneumothorax se résorbe; il existe une petite zone d'épanchement probablement coagulé à la base de la plèvre.

Le 1er février, cet épanchement a disparu; le blessé marche ressentant seulement un peu d'anhélation en montant les escaliers; il a repris assez bonne mine.

Le 28 février, il part en congé, ne présentant plus aucun trouble lié à ses blessures.

Cette observation, qui peut être rapprochée de quelques autres déjà publiées, serait, si je ne me trompe, le troisième cas de guérison après suture d'une plaie du cœur. Indépendamment de l'intérêt qu'il y a toujours à enregistrer des faits nouveaux dans un groupe encore très peu nombreux, il me paraît qu'il y a une réelle importance à mettre en relief, à propos de cet exemple, quelques considérations qui peuvent être utiles au chirurgien dans une semblable conjoncture.

Le *premier point* à étudier, c'est l'*indication* d'intervenir. Mais il y a là une lacune difficile à combler : le diagnostic des plaies du cœur sera le plus souvent impossible à poser, de sorte que l'indication d'opérer ne sera pas basée sur la constatation d'une plaie de cet organe, mais seulement d'une plaie pénétrante de la poitrine avec hémorragie grave.

Je suis de ceux qui pensent que l'hémothorax important, sur-

tout s'il est compliqué de pneumothorax entraîne une intervention. La pleurésie infectieuse sera ainsi prévenue; la source de l'hémorragie pourra être étanchée, si elle est persistante; enfin les chances de guérison augmentent beaucoup, sans faire courir au malade de danger sérieux.

Or, si l'on accepte cette règle de conduite, il faudra être prêt, dans les blessures de la région précordiale, à faire l'exploration et les sutures du péricarde et du cœur. Je formulerai donc la proposition suivante : *toute plaie pénétrante de la région précordiale avec hémorragie* fournit une indication de faire une *thoracotomie exploratrice, large, avec volet*, et d'exécuter par suite sans hésiter toutes les manœuvres, ligatures, sutures, etc., que les lésions découvertes exigeront. J'ajoute que ce parti doit être pris sur l'heure, ce genre de blessure pouvant entraîner la mort d'un moment à l'autre. Chez mon blessé, l'opération a été pratiquée sept heures après la blessure. Chez un autre blessé dont j'ai vu l'agonie, sans avoir rien tenté, il y a une vingtaine d'années, et dont j'ai pratiqué l'autopsie, une blessure du ventricule gauche avait laissé neuf heures de survie; j'aurais eu, si j'en avais eu l'audace, plus de trois heures devant moi pour agir.

Le *second point* à signaler réside dans les difficultés de technique que les *mouvements du cœur* apportent à l'exécution de la suture. Il ne s'agit pas seulement ici des contractions propres du cœur, de son recul, de sa torsion, etc.

Outre ces mouvements physiologiques dont d'autres chirurgiens se sont préoccupés, j'ai constaté surtout d'autres mouvements très gênants et qui sont dus à la respiration.

J'agissais au milieu d'un pneumothorax brusque et total, et ce seront là les conditions ordinaires d'une semblable intervention, car il me paraît difficile d'explorer complètement le cœur et le péricarde à travers le médiastin antérieur, en supposant même que la plaie n'ait pas été ouverte par l'instrument vulnérant. Or, quand le pneumothorax se produit, le diaphragme se livre à des mouvements désordonnés d'inspiration qui secouent violemment le cœur de haut en bas. Pendant l'expiration, le cœur devient presque inaccessible, étant refoulé en haut et profondément vers le poumon rétracté. Il faut donc le saisir pendant l'inspiration ; de plus, c'est en diastole qu'il est plus facile de piquer cet organe si mobile. On comprend très bien que, dans ce désordre fonctionnel, la suture soit vraiment laborieuse.

Le premier point est d'ailleurs le plus difficile à passer; une fois passé et noué, le chef initial sert de fixateur et de guide pour passer d'autres points. Je trouve la suture en surjet plus commode et plus rapide que toute autre.

J'ai dit que les fils ne doivent pas pénétrer dans la cavité cardiaque, afin d'éviter toute chance de coagulation.

Telles sont les courtes remarques dont j'ai cru devoir accompagner une observation qui aura pu, je pense, retenir pendant quelques instants l'attention de la Société de chirurgie.

Rapport.

Hygroma de la bourse séreuse du psoas dû à la présence de corps libres consécutifs à une fracture ancienne du fémur,

Observation de M. le Dr A.-Dupraz (de Genève).

Rapport par M. E. POTHERAT.

Je serai bref sur l'observation que nous a envoyée notre confrère le Dr Dupraz (de Genève), malgré le réel intérêt qu'elle présente. Il y a dans cette observation deux parties, une partie clinique et opératoire qui appartient au Dr P. de Weck, médecin de l'hôpital de la Providence, à Fribourg, et une partie anatomo-pathologique, qui est la contribution personnelle du Dr Dupraz.

Il s'agit d'un homme de trente-sept ans, qui se présenta au Dr de Weck, avec une tuméfaction molle et fluctuante de la racine de la cuisse, tuméfaction ancienne, accrue récemment, et devenue douloureuse depuis cinq mois surtout. Notre confrère par une ponction aspiratrice, retira un liquide sirupeux, clair, très riche en albumine.

Le liquide s'étant reproduit malgré un traitement résolutif, M. de Weck se décida à pratiquer, suivant le grand axe de la cuisse, en dehors de la gaine des vaisseaux fémoraux, une longue incision qui le conduisit profondément sur une tumeur arrondie du volume d'un gros œuf, fluctuante, développée dans la bourse séreuse du psoas. La collection ouverte laissait écouler un liquide analogue à celui de la ponction et montrait partout une paroi séreuse, nette, lisse, en contact profondément avec l'os, mais *sans aucune solution de continuité.* Fait particulier, et qui est la caractéristique de cette observation, il existait dans la séreuse, outre le liquide que je viens d'indiquer, deux petits corps blancs jaunâtres. Ce sont ces corpuscules que M. le Dr Dupraz a examinés, et c'est la relation de cet examen et des réflexions qu'il lui a suggérées que nous a adressée notre confrère genevois. Je dirai de suite, pour n'y plus revenir, que le malade a guéri sans complications.

Donc, il s'agissait là d'un hygroma de la bourse séreuse du psoas, de cette grande bourse qui est contiguë à la séreuse de l'articulation coxo-fémorale avec laquelle elle communique quelquefois sans altération pathologique.

Cet hygroma, d'après M. Dupraz, serait dû à deux corps étrangers, ayant pénétré accidentellement dans cette bourse séreuse; fait unique jusqu'ici, nous dit cet auteur.

Voici comment la chose se serait faite : à l'âge de onze ans, c'est-à-dire vingt-six ans auparavant, le malade se serait fait en tombant une fracture du fémur à sa partie toute supérieure, dans le voisinage du grand trochanter, et ce seraient deux esquilles de cette fracture qui se seraient détachées, auraient pénétré dans la synoviale et déterminé l'hygroma. — C'est là du moins l'interprétation que donne notre confrère. Pour cela, il s'appuie sur la nature des deux corps étrangers dont « l'un a le volume d'une noisette, l'autre d'un noyau de cerise. Celui-ci est arrondi, celui-là, anguleux, représente une pyramide quadrangulaire. Ils sont blanc jaunâtre, à surface lisse. A la coupe, ils sont formés d'un noyau central osseux, entouré d'une zone de tissu nacré, cartilagineux. Cette zone n'a pas partout la même épaisseur; sur l'une des faces de l'un et de l'autre corpuscule, elle est très amincie, sans toutefois disparaître. » Je souligne en passant ce détail, cette couche qui recouvre le noyau osseux persiste là même où elle paraît le plus amincie, et je continue l'exposé de M. Dupraz.

Pour l'examen microscopique, les corpuscules fixés par l'alcool absolu, furent décalcifiés dans l'acide nitrique dilué à 5 p. 100. Durcissement par l'alcool absolu, coloration à l'hématoxyline-éosine, à la purpurine et à la fuchsine picrique, d'après la méthode de Van Giesen.

« Au miscroscope, on remarque trois zones différentes, sur les coupes : une *zone externe,* très distincte, formée de plusieurs couches de tissu connectif en faisceaux parallèles, avec de rares vaisseaux sanguins contenant des globules rouges pour la plupart décolorés. La surface externe doit son aspect brillant, poli à un revêtement de cellules endothéliales. A la face profonde, les faisceaux fibreux se dissocient et vont se perdre dans la *zone moyenne.* Celle-ci est constituée par un substratum hyalin, contenant sans ordre apparent de nombreuses capsules cartilagineuses. Ces capsules renferment des cellules plus ou moins altérées, ratatinées, et se colorant mal par les réactifs ; plus profondément on trouve même des capsules vierges de cellules. Dans toute cette région, la substance fondamentale est fortement calcifiée.

« Enfin la *troisième zone* est représentée par un noyau central osseux, très petit, sans traces de canaux de Havers ; il n'y a pas de

cellules dans les corps osseux. Ce noyau, au niveau de la face où la zone de revêtement est très amincie, n'est séparé de la surface même du corpuscule que par une petite couche de tissu fibreux. »

Telle était la structure de ces corpuscules dont M. Dupraz attribue l'origine à la fracture survenue vingt-six ans auparavant et qu'il explique de la manière suivante : La fracture a été comminutive ; deux petites esquilles ont été séparées du reste de l'os. Ces esquilles tenaient tout d'abord encore au périoste par un pédicule qu'en assurant la vascularisation lui a permis de se recouvrir de la couche fibreuse que nous avons constatée, pendant qu'une couche fibreuse semblable recouvrait la surface du fémur d'où s'étaient détachées les esquilles. Puis le pédicule s'est rompu, la vascularisation des corpuscules devenus libres a cessé, d'où la calcification de la substance hyaline du cartilage et la rétraction, voire même la disparition des cellules osseuses et cartilagineuses. Devenus libres, les corpuscules qui étaient en contact direct avec la bourse séreuse du psoas ont pénétré dans cette bourse, et ont été les agents de l'hygroma survenu vingt-six ans après l'accident.

Telle est l'interprétation ingénieuse que nous donne M. le Dr Dupraz de ce fait anatomo-pathologique intéressant. Pour ma part, j'ai peine à l'accepter pour plusieurs raisons. D'abord, on n'a eu aucune donnée bien précise sur la *nature* et même le *lieu* de la fracture du jeune âge ; les renseignements complémentaires que j'ai demandés à M. Dupraz tendaient à montrer même, qu'il s'est agi en l'espèce, d'un arrachement du grand trochanter et non d'une fracture du col lui-même. En outre, la structure même de ces corpuscules n'est pas démonstrative de leur origine diaphysaire ou épiphysaire. S'il est exact que l'état des vaisseaux sanguins, des cellules cartilagineuses et osseuses, indique qu'à un moment donné la vascularisation de ces corpuscules a été entravée ou interrompue, cela ne prouve pas leur origine osseuse. Des corps étrangers des synoviales ont la structure indiquée plus haut; ils peuvent devenir libres après avoir été pédiculisés, et présenter des altérations vitales, analogues à celles qu'offraient les corpuscules du Dr Dupraz.

Cette manière différente d'interpréter les faits n'enlève rien à la valeur et au mérite réels du travail très intéressant que nous a adressé notre confrère de Genève. Je vous propose, Messieurs, de remercier le Dr A.-L. Dupraz, de déposer son mémoire dans nos archives, et de garder bon souvenir de l'auteur pour le jour où la Société s'associera des correspondants étrangers.

Communication.

Sur le traitement des prolapsus du rectum totaux, par l'excision de la muqueuse rectale ou recto-colique,

par M. DELORME.

Lorsque le 14 février 1899, je vous présentai un malade guéri depuis près de quatre mois d'un prolapsus du rectum avec invagination, après avoir subi l'ablation d'un manchon muqueux de 30 centimètres et que je vous parlai d'un deuxième opéré chez lequel, pour un prolapsus également invaginé, j'avais porté l'excision muqueuse à 80 centimètres, je m'étais engagé à revenir sur les observations de ces opérés et à décrire l'opération que j'avais pratiquée sur eux.

Le moment me semble venu de le faire pour deux raisons : et d'abord parce que votre attention vient d'être attirée sur la question du prolapsus du rectum par la très intéressante communication de notre collègue M. Gérard Marchant, ensuite parce que j'ai à vous montrer un nouvel opéré qui, depuis dix mois et demi, a subi la même intervention et présente un résultat définitif satisfaisant.

L'opération à laquelle j'ai eu recours consiste dans la séparation attentive de la muqueuse sur la masse ano-rectale et au-dessus dans les prolapsus *totaux* à *globe unique*; dans les prolapsus à *globe double*, elle consiste dans la séparation de la muqueuse du cylindre invaginant, de la paroi externe du cylindre invaginé, du canal du cylindre invaginé dans une certaine étendue, enfin dans la suture de la muqueuse à l'orifice anal.

Cette excision d'un manchon muqueux, réservée jusqu'ici au traitement des procidences purement muqueuses, n'a pas, vous le savez, trouvé place dans la thérapeutique des prolapsus totaux avec ou sans invagination.

On comprend bien qu'il en soit ainsi.

Pourquoi, en effet, eût-on songé à l'ablation pure et simple de la muqueuse, quand toutes les tuniques du rectum font partie intégrante de ces prolapsus totaux? Cette pratique devait paraître insuffisante, et aujourd'hui que la pathogénie la plus acceptée des prolapsus ne fait plus jouer de rôle à la muqueuse ou réduit considérablement ce rôle, il y aurait moins de raison encore qu'autrefois d'y songer.

Eh bien, Messieurs, le malade que je vous ai présenté en 1899,

celui-ci, démontre que cette opération, en apparence paradoxale, est suffisante et bonne, même dans les grands prolapsus. Chez l'un comme chez l'autre, il n'y a pas trace de récidive, même pendant l'effort soutenu.

J'expliquerais volontiers semblables guérisons de la façon suivante :

Dans les prolapsus avec invagination, le *cylindre engainant*, cruenté par l'ablation de sa muqueuse, *adhère au cylindre engainé* également cruenté.

Tout glissement de l'un sur l'autre, si facile quand une muqueuse lisse les tapissait, est devenu dès lors *impossible*.

D'un autre côté, par le fait de l'accolement des surfaces engainantes et engainées du prolapsus, on a accumulé au niveau de l'anus la couche régulière, soigneusement conservée, de muscles lisses qui continue le sphincter interne, couche très hypertrophiée le plus souvent et dont l'épaisseur et la continuité étonnent l'opérateur.

Ces fibres, qui restent en rapport avec leurs vaisseaux et leurs nerfs, viennent renforcer l'action des sphincters naturels.

Lorsque, chez ce malade qui était atteint d'un prolapsus avec invagination, on pratique le toucher rectal, l'index pénètre, dans l'étendue de sa première phalange et dans les deux tiers de sa deuxième phalange, dans un canal épais, extensible et contractile. Ce canal serre activement le doigt dans toute son étendue quand le malade ferme son orifice anal.

Ce n'est pas tout. Après le sacrifice d'un grand manchon de la muqueuse, celle qui reste est plus ou moins tendue; elle forme une sorte de sangle élastique susceptible de résister aux pressions abdominales qui se répercutent sur l'anus, que ces pressions viennent de l'hédrocèle ou se transmettent directement à l'intestin.

Ainsi *suppression du glissement*, *augmentation d'épaisseur des tissus contractiles* dans la région sphinctérienne, *tension de la muqueuse*, tels sont les avantages réalisés par la paradoxale excision d'un grand manchon muqueux dans les prolapsus *avec invagination*.

Dans les prolapsus *sans invagination*, le *tassement* des tissus au niveau de l'orifice anal et la *tension* de la muqueuse me semblent pouvoir expliquer la guérison.

Voilà pour l'explication. Elle me paraît rigoureusement déduite de l'étude des faits. Serait-elle défectueuse que la chose importerait peu au chirurgien comme à son opéré. L'opération guérit. C'est l'essentiel.

Cette opération comprend trois temps, mais, avant de la subir,

le malade a été l'objet de la préparation préliminaire spéciale à laquelle on a recours chez les malades opérés dans la région ano-rectale : son intestin a été soigneusement débarrassé de tout contenu gênant et infectant. Il a été purgé l'avant-veille ou la veille; des séries de lavements d'eau bouillie, boriqués, glycérinés, lui ont été administrés l'avant-veille, la veille, le matin même du jour de l'opération. Depuis quelques jours déjà, il était soumis à une diète lactée et à l'action d'un antiseptique intestinal, du salol par exemple.

La région a subi l'antisepsie habituelle, qui serait insuffisante, en raison des selles, si elle n'était reprise au moment de l'opération.

Le chloroforme est confié à un aide très sûr.

La cavité rectale est obstruée par des tampons antiseptiques.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE. — L'opération comprend : 1° la *dilatation de l'anus*; 2° la *séparation des sphincters et de la muqueuse*; 3° la *section de la muqueuse et sa suture.*

1° *Dilatation du sphincter.* — Elle est pratiquée progressivement avec les doigts jusqu'au contact des ischions. Il est bon de la confier à un aide. Je préfère la dilatation digitale à la dilatation mécanique, plus rigoureuse.

2° *Séparation du sphincter et de la muqueuse.* — Sur la région anale bien tendue par l'application de nombreuses pinces sur la muqueuse, on trace, à la réunion de la muqueuse et de la peau, une incision demi-circulaire postéro-inférieure à laquelle fait suite une incision demi-circulaire supérieure ou antérieure.

La section muqueuse ayant été, à mesure de son tracé, soigneusement repérée par des pinces, on la *décolle* circulairement dans une faible étendue avec le bistouri ou plutôt avec un instrument mousse, le bec d'une sonde cannelée, la pointe de ciseaux mousses, l'ongle du pouce ou de l'index; puis, en haut, où l'opérateur est moins gêné par le sang, on découvre la surface extérieure et le bord libre du sphincter externe, dont la conservation intégrale est indispensable.

Il est bon de savoir que ce bord libre peut être reporté à quelque distance en dedans de l'incision, vers l'orifice anal.

Par la séparation de la muqueuse qui le recouvre, le bord du sphincter externe est successivement dégagé dans toute l'étendue de la plaie.

En suivant exactement la face extérieure de la muqueuse, on dégage, avec les mêmes instruments mousses, la totalité des fibres rouges du sphincter externe, les fibres presque blanches du sphincter interne, les fibres annulaires blanches de la mus-

culeuse qui lui font suite et qui, très hypertrophiées, forment une couche épaisse, continue, de l'aspect de la chair de poisson. Cette séparation s'effectue d'abord en haut où le sang gêne moins l'opérateur.

Ce n'est qu'après avoir trouvé son plan de clivage, que le dégagement de la muqueuse tendue par la traction de pinces appliquées

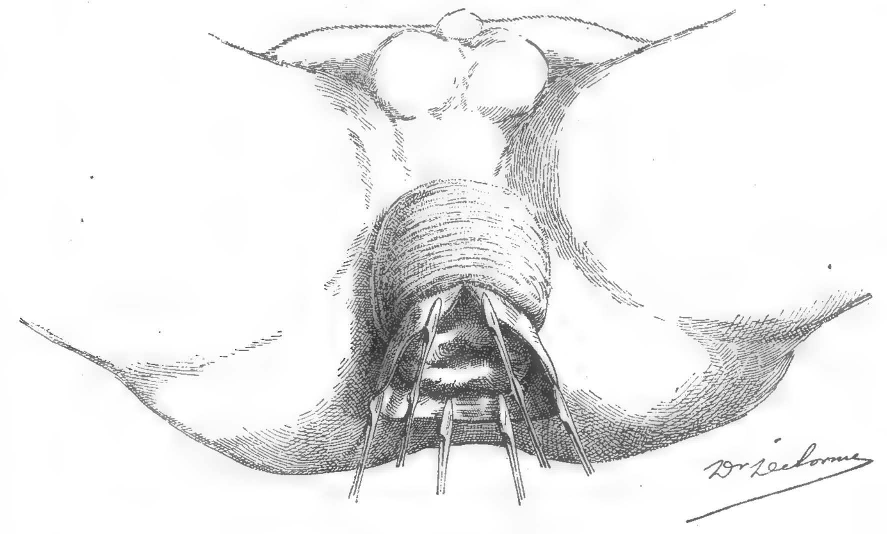


FIG. 1 (2e temps).

Dissection de la muqueuse du globe d'un prolapsus avec invaginaion (obs. 1).

La muqueuse a déjà été excisée dans une certaine étendue, puis repérée par des pinces.

Au-dessus d'elle, on remarque une partie du globe prolabé, cruenté déjà, et dont la surface est recouverte des fibres annulaires de la musculeuse formant une couche continue.

Au milieu du capuchon muqueux apparaît l'orifice du canal invaginé.

sur elle ou par celle de pinces placées sur le prolapsus, est continué sur les côtés et en bas.

A mesure que le dégagement de la muqueuse se poursuit, apparaît et se développe dans les prolapsus avec invagination un *globe* volumineux sur lequel sont étalées les fibres circulaires de l'intestin (voyez fig. I).

C'est de ce globe qu'est séparé le manchon muqueux.

Lorsqu'on a dépassé le fond du sillon qui sépare le cylindre invaginant du cylindre invaginé et qu'on est arrivé à la dissection de la muqueuse du canal de ce dernier, ce globe a 12 centimètres de long sur 10 de large (voyez fig. 2).

La séparation de la muqueuse peut être poursuivie, circulairement, jusqu'à son point d'excision ou bien, pour se donner du jour, elle est sacrifiée circulairement après avoir été

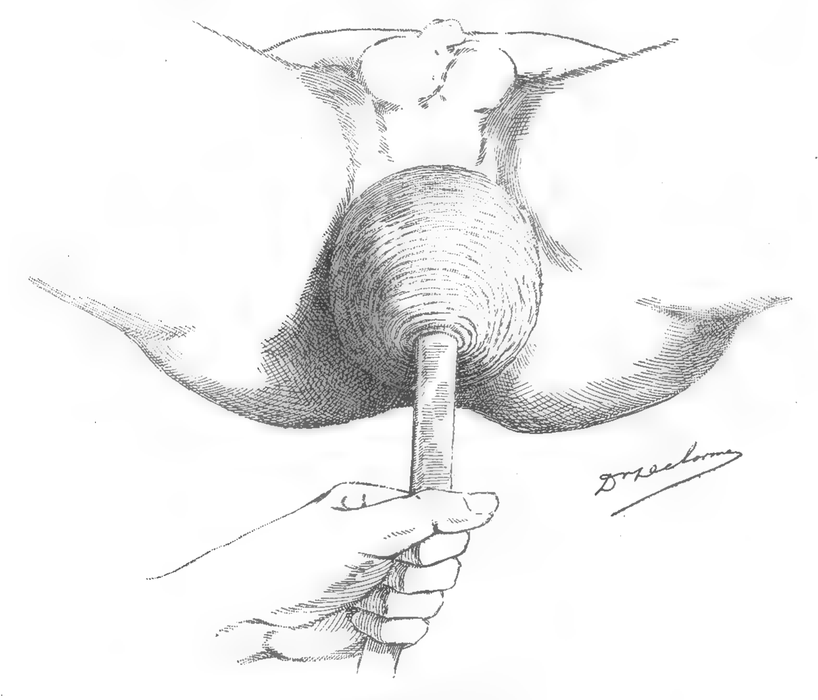


Fig. 2. (Fin du 2e temps).

La dissection de la muqueuse a été prolongée dans le canal du cylindre invaginé.

Le globe prolabé, dont la surface est recouverte de la couche continue des fibres annulaires très nettes de la musculeuse, a acquis le maximum de son développement (12 centimètres sur 100).

La main de l'opérateur tire sur le manchon muqueux formant, à partir de l'orifice du cylindre invaginé, un cylindre aplati et régulier.

Le dégagement muqueux représenté ici a une longueur exceptionnelle (obs. 2).

disséquée dans une certaine étendue, puis reprise par une série de pinces (fig. I).

Il m'a semblé préférable d'agir de la façon suivante :

Après l'avoir dégagée dans une étendue de 8 à 10 centimètres, surtout en *avant* et sur les *côtés* où elle est le plus accessible et moins adhérente qu'en arrière, on complète sa séparation en *arrière* et en *haut* dans une étendue de quelques centimètres; on place en travers d'elle une ou deux pinces qui obturent sa cavité;

au-dessous d'elles, d'autres pinces transversales de repère sont disposées, puis on coupe le manchon muqueux entre les deux séries de pinces. On achève de haut en bas et non plus de bas en haut, ce qui était moins facile, la séparation de la portion muqueuse postéro-inférieure qui représentait un lambeau quadrilatère adhérent au sacrum.

Le champ opératoire est, du fait de cette excision, bien dégagé.

Revenant au manchon muqueux repéré, on continue avec l'ongle, l'extrémité mousse de ciseaux, la sonde cannelée, sa séparation bien méthodique d'avec les fibres musculaires lisses du globe prolabé.

Au niveau des plis d'invagination où les adhérences muco-musculaires sont les plus intimes et la dissection la plus délicate, l'opérateur redouble d'attention et ralentit sa manœuvre.

On arrive, de dégagement en dégagement, au niveau de la cavité du cylindre invaginé. Bientôt la muqueuse change d'aspect. Jusque-là elle avait été large, rouge, épaissie, friable, saignante; elle a là ses dimensions normales, est plus solide, moins épaisse, à surface extérieure presque blanche, exsangue, et présente la largeur d'un travers de pouce.

Lorsque après une traction modérée on constate que le manchon muqueux relâché tend à remonter, lorsqu'on s'aperçoit qu'il ne pourrait plus être attiré sans effort, on s'arrête daus la dénudation et on procède à l'excision et à la suture.

3° *Suture de la muqueuse.* — Par une fente de 4 à 5 centimètres de longueur pratiquée sur la paroi antérieure de la muqueuse (voyez fig. III), un peu au-dessus du point où doit porter son excision circulaire définitive, on passe de dehors en dedans, puis de dedans en dehors quatre fils de soie (n° 4) en U, qui, en haut, en bas, à droite, à gauche réunissent la muqueuse à la peau anale (à quelque distance de sa section).

Les nœuds de ces quatre sutures cardinales doivent être placés en dehors pour en faciliter l'ablation (voy. fig. IV).

Ces fils de *soutien* disposés, chaque quart de circonférence de muqueuse, intermédiaire entre les fils en U, est suturé à points passés à mesure qu'il est sectionné (fig. IV).

Quatre fils, plus au besoin, sont disposés entre chaque fil en U.

Bien que le champ opératoire, surtout lors du dégagement des huit premiers centimètres du manchon muqueux soit constamment souillé par du sang, il est rare qu'on ait à procéder à une ligature. Le sang est fourni surtout par des veines ou de petits ramuscules artériels.

Le pincement en assure l'hémostase.

L'opération est terminée; elle a duré une heure environ.

Pansement. — Le pansement que j'ai utilisé consiste dans l'application de quelques gazes iodoformées ou salolées au niveau de l'anus, et dans un enveloppement ouaté contentif embrassant le périnée, les fesses, la racine des cuisses.

Pour éviter toute traction sur la région anale pendant les mou-

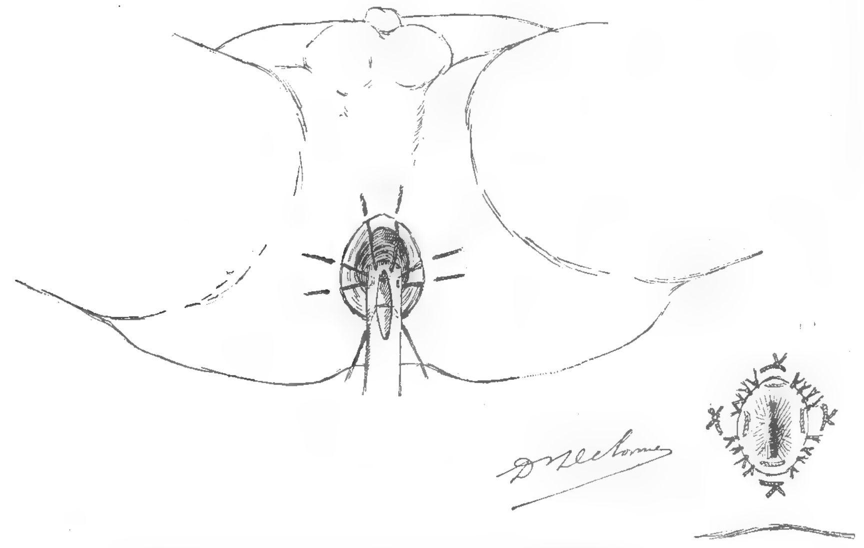


Fig. 3. — Suture de la muqueuse.

La figure montre l'incision de la paroi antérieure du cylindre muqueux pratiquée pour le passage de quatre sutures de soutien en U.

On distingue les anses des sutures supérieure et inférieure dans la cavité intestinale; celles des sutures latérales sont représentées par un pointillé.

Fig. 4. — Résultat immédiat de l'opération :

Sutures de soutien cardinales; sutures à points passés dans leur intervalle.

vements d'abduction des membres inférieurs, les genoux entourés d'ouate sont réunis par des bandes.

Soins consécutifs. — Ils sont tous dirigés en vue d'assurer le repos absolu de l'intestin jusqu'à la guérison solide de la plaie.

L'*immobilisation* persistante de la région opérée par un pansement étendu, très contentif, et la réunion des genoux sont de rigueur.

Constipation. — Le malade est constipé par l'opium jusqu'à la levée du premier pansement, du dixième au douzième jour (8 pilules d'opium de un centigramme ou 30 gouttes de laudanum

pendant les trois ou quatre premiers jours; 6 pilules ou 25 gouttes de laudanum les jours suivants.

L'administration de l'opium constitue, pour moi, une précaution indispensable. Le repos de l'intestin est impossible à obtenir sans lui.

Régime. — Le malade est soumis à une *diète* sévère pendant les deux premiers jours pour éviter de provoquer des vomissements chloroformiques qui pourraient retentir sur l'intestin, déplacer les surfaces accolées et tirailler les sutures. Si ces vomissements survenaient, ils seraient immédiatement combattus par la glace, l'eau de Seltz prise en très petite quantité.

La période de réaction chloroformique passée, le régime, qu'il est si essentiel de bien régler dans tous ses détails pour éviter des selles prématurées ou trop abondantes, est encore l'objet de toute l'attention de l'opérateur.

Du 2e au 8e jour le malade ne prend à intervalles qu'une faible quantité de bouillon simple ou de bouillon rendu plus nourrissant par le tapioca, les pâtes, un ou deux jaunes d'œuf par jour. On fait alterner le bouillon avec quelques cuillerées de lait.

A partir du 8e jour on peut accorder au malade un œuf en plus ou un régime carné qui laisse peu de déchets. Le pain et les légumes ne sont permis que pris en très petite quantité.

A partir de la levée du pansement et des fils, le régime est restreint jusque vers le 15e ou le 20e jour, c'est-à-dire jusqu'au moment où la cicatrice est bien solide et à l'abri des conséquences d'une distension forcée par un bol fécal volumineux.

La miction, retardée les premiers jours, s'effectue spontanément. Certains opérés pourraient imposer le catéthérisme.

Levée du pansement, ablation des fils. — Le pansement est levé le 10e jour; la plupart des fils à points passés sont tombés, les fils en U sont sectionnés.

La levée du pansement et l'ablation des fils ont lieu, les deux membres inférieurs restant unis par le pansement des genoux, tout mouvement d'abduction des membres inférieurs comme toute pression un peu exagérée exercée sur les fesses, pour les écarter, pouvant distendre, voire rompre la cicatrice en certains points.

Après la levée des fils, le pansement est remplacé dans ses pièces profondes et maintenu pendant deux jours encore pour permettre aux trajets que laissent ces fils de s'obturer.

Déconstipation. — La première selle, très abondante, est facilitée, le 12e jour, par des séries de lavements donnés par une personne exercée et soucieuse de mettre la cicatrice à l'abri de toute pression intempestive.

Les lavements glycérinés (80 grammes), vaselinés (80 grammes), boriqués tièdes, ou d'eau bouillie (500 grammes), sont donnés après avoir pris soin de faire relever le bassin du malade pour qu'il puisse les garder plus longtemps.

Ils sont suivis d'un *lavage* boriqué de la plaie.

Pour la première selle, le pansement des genoux est encore maintenu.

Le malade est autorisé à se lever du 20e au 25e jour.

Certaines de ces précautions pourront paraître exagérées. Elles n'ont rien d'excessif, leur oubli pouvant à tout jamais compromettre le résultat de l'opération la mieux conduite, en permettant la distension ou l'ascension d'une cicatrice qui doit rester linéaire et anale.

Observations. — Elles m'ont toutes trois été fournies par des adultes.

Observation I. — *Prolapsus rectal volumineux, datant de l'âge de trois ans, séparation d'un manchon muqueux de trente centimètres de longueur; section transversale, suture; guérison par première intention.*

Le nommé Brag... (Alexandre), de Chenières (Meurthe-et-Moselle), vingt-deux ans, tailleur de profession, soldat au 37e régiment d'infanterie, entre dans mon service à l'hôpital du camp de Châlons, le 3 octobre 1898, pour y être traité d'une chute de rectum.

Celle-ci aurait débuté, à son dire, à l'âge de trois ans, mais jusqu'à neuf ans elle n'avait reparu qu'à de longs intervalles et le malade n'aurait ressenti des douleurs que de loin en loin en allant à la selle.

A neuf ans, il reçoit de son parâtre un violent coup de pied dans la région anale. Il y éprouve de vives douleurs, est obligé de s'aliter quelques jours, au bout desquels, en allant à la selle, il tombe en syncope. Sa mère en le relevant constate la réapparition du prolapsus.

Celui-ci persiste quelques mois, puis jusqu'à vingt et un ans et demi la chute rectale se reproduit au moindre dérangement intestinal, tous les 8, 10, 15 jours et plus.

Au conseil de revision, à la visite d'incorporation, Brag... cache soigneusement son infirmité; mais en octobre 1898, les douleurs qu'il éprouve pendant les exercices et après les selles, la persistance de la tumeur rectale, les difficultés qu'il rencontre pour se traiter, le forcent à provoquer son envoi à l'hôpital.

Au moment de son entrée, sortait par l'anus une masse plutôt globuleuse que cylindrique, de 8 à 10 centimètres de long sur 6 de diamètre, bien plus saillante en avant. La muqueuse de ce prolapsus était violacée, un peu boursouflée, sécrétante, non ulcérée.

Quelques jours après la réduction du prolapsus, la muqueuse reprenait un aspect plus normal.

Le prolapsus complet, invaginé, sortait au moindre effort et rentrait avec facilité, soit par une pression directe soit par un mouvement de flexion du tronc en arrière. Sillon périanal antérieur, profond de plusieurs centimètres; sillon postérieur profond de huit centimètres. En arrière, le doigt sent le rectum lisse, adhérent au sacrum; orifice regardant en arrière.

Douleurs pendant les marches, dans les reins, à la face interne des cuisses, dans la vessie; incontinence d'urine intermittente.

Cet homme, de bonne santé habituelle, assez vigoureux, présente un périnée solide et un sphincter assez résistant.

Opération. — Le 19 octobre, en présence de mes collègues, MM. les Drs Comte, Lenoir, Lanel, Talayrach, Fargin, Imbert et Vincent, je pratiquai, sous une anesthésie chloroformique régulière, l'opération telle que je viens de la décrire, aussi je n'en rapporterai ici que les détails particuliers à ce malade.

1° *Dilatation du sphincter* par les doigts jusqu'au contact des ischions. Le sphincter résiste assez bien. Je suis frappé ainsi que mes assistants par l'ampleur de l'ampoule rectale.

La partie invaginée qui saute à l'œil est, pendant le repos chloroformique, distante de l'orifice anal de la longueur de l'index. Je l'attire avec des pinces hémostatiques et reproduis les dispositions déjà indiquées : cul-de-sac peu profond dans la demi-circonférence antérieure, cul-de-sac de 8 centimètres dans la demi-circonférence postérieure; cylindre invaginé.

Cessant de tirer sur les pinces, on voit la face rectale postérieure bien étalée et fixe. Après cette constatation, je n'aurais pu m'arrêter à l'idée d'asujettir ou de retenir l'ampoule rectale en arrière, car les liens de fixation naturels étaient de ce côté aussi solides que les liens artificiels auxquels j'aurais pu avoir recours, et il était manifeste qu'en agissant ainsi, je n'eusse pas agi sur la portion intestinale prolabée.

Je persistai donc dans mon idée première de faire l'ablation sous-péritonéale ou plutôt muqueuse du prolapsus. C'est ce dernier parti que je suivis.

2° *Dégagement du sphincter externe.* — Sur la région anale bien tendue, je pratiquai, un peu en dedans de la réunion de la peau et de la muqueuse, comme pour l'excision des hémorroïdes par le procédé Whitehead, une incision demi-circulaire postérieure, complétée par une incision demi-circulaire antérieure, et je mis à nu le sphincter externe en haut d'abord, pour n'être pas gêné par le sang.

Je dus rechercher par la dissection de la muqueuse le bord libre de ce sphincter bien en dedans des limites de la ligne d'incision cutanéo-muqueuse. Je le séparai d'abord dans la demi-circonférence supérieure ou antérieure, où le sang masque moins ses limites, pour terminer par le dégagement de la demi-circonférence postérieure.

3° *Dégagement de la muqueuse.* — Je décollai ensuite la muqueuse intestinale en avant et en arrière en m'aidant peu du bistouri, mais

surtout du doigt, d'une sonde cannelée, de la pointe de ciseaux mousses, en ménageant avec soin les fibres rosées du sphincter interne et les fibres annulaires de la musculeuse qui lui faisaient suite et qui, hypertrophiées, formaient une couche épaisse, continue.

La séparation de la muqueuse, quelque peu pénible à cause de ses adhérences, fut prolongée tout d'abord dans l'étendue de 8 à 10 centimètres en *avant* et sur les *côtés* et dans une moindre étendue en arrière et en bas, les parties postéro-latérales du prolapsus étant moins accessibles et le repérage de la paroi musculaire y étant moins facile.

A cette limite de 10 centimètres je complétai circulairement la séparation de la muqueuse en arrière dans une faible étendue et, plaçant en travers des pinces hémostatiques sur le manchon muqueux, je le sectionnai transversalement au-dessous d'elles. J'achevai de *haut en bas*, par une dissection aidée de tractions, le dégagement de la portion muqueuse postéro-inférieure encore adhérente. Le champ opératoire se trouva bien dégagé du fait de cette ablation.

Repérant à nouveau le manchon muqueux par des pinces (voy. fig. 1), je continuai avec l'ongle, l'extrémité mousse de ciseaux, à en séparer bien méthodiquement les gros anneaux de fibres musculaires lisses. Accolés directement à la muqueuse, sans interposition de tissu infiltré, ils formaient une nappe continue étalée sur une tumeur globuleuse et régulière dont l'accroissement progressif me surprit.

Après avoir franchi le pli d'invagination, où les adhérences muco-musculaires étaient plus intimes et la dissection plus délicate, cette tumeur acquit les dimensions supérieures à celles d'une tête de fœtus. Elle avait 10 centimètres de diamètre transversal sur 12 centimètres de diamètre vertical (voy. fig. 2).

Dépassant les limites de l'ouverture du cylindre interne invaginé, je ne m'arrêtai dans la dénudation de la muqueuse que quand je me fus assuré, par une traction suffisante mais non excessive, que *le manchon muqueux ne pourrait plus être attiré sans un léger effort.*

Il était vraisemblable que je serais alors à l'abri de tout glissement ultérieur.

Mesure exacte et bien prise au moment de l'opération, renouvelée après elle, l'étendue du manchon muqueux abrasé était de 30 centimètres.

Suture de la muqueuse. — Par une fente de 5 centimètres pratiquée sur la paroi antérieure du manchon muqueux, un peu au-dessus du point où devait porter son excision circulaire définitive, je fis alors passer quatre fils de soie (n° 4) en U qui, en haut, en bas, à droite, à gauche, réunirent la peau anale (à une petite distance de son incision) à la muqueuse.

Nœuds en dehors.

Quatre fils furent disposés entre chaque section en U après section successive de chaque quart de circonférence de la muqueuse. L'affrontement était complet.

Durée de l'opération. — Une heure un quart.

Gaze iodoformée sur la plaie, pansement ouaté contentif embrassant le périnée, les fesses, la racine des cuisses. Réunion des deux membres inférieurs au niveau des genoux bien entourés d'ouate au préalable.

Diète absolue le premier jour; quelques nausées. Glace en très petite quantité. 8 pilules d'opium de 1 centigramme, piqûre de morphine de 1 centigramme le soir. Miction retardée mais spontanée. Température 37°2. Pouls normal. Quelques douleurs anales, nuit calme.

Deuxième jour. — Teinte subictérique qui persiste quelques jours. État général bon. Coliques produites par les gaz; même dose d'opium; cuillerée de bouillon toutes les deux heures; petits fragments de glace. Température et pouls normaux; pas de sensibilité du ventre; soif très vive produite par l'opium et calmée par le rinçage fréquent de la bouche.

Troisième jour. — La soif persiste vive. Température 37°4 et 37°7. Pouls 74. Le malade évacue moins de gaz que la veille; mictions normales, pas de douleurs. Une cuillerée de bouillon toutes les heures. Opium, 8 pilules de 1 centigramme.

Quatrième jour et suivants. — La température est toujours normale, le pouls régulier, la sensation de soif est moins vive dès le 4e jour. Pas de coliques. L'ictère disparaît le 6e jour.

Le régime, qu'il est si essentiel de bien régler pour éviter des selles prématurées ou trop abondantes, a consisté : le 4e jour, en une cuillerée de bouillon et de lait toutes les heures; le 5e et les suivants, en deux cuillerées de bouillon et de lait toutes les heures, et en plus un œuf clair, puis deux, à partir du 8e jour. Opium, 8 centigrammes par jour jusqu'à la levée du pansement, le 11e jour.

Le 11e jour, diminution de l'appétit, coliques, issue de grandes quantités de gaz. Température 38 degrés. Pouls 90. Le pansement du périnée est défait. Ablation de 4 à 5 fils et des fils de soutien; les autres sont tombés. La cicatrisation est complète et linéaire.

Plusieurs lavements glycérinés (80 gr.) ou vaselinés (80 gr.) sont donnés avec les plus extrêmes précautions pour éviter une violente débâcle et pour ne pas compromettre la réunion par des pressions intempestives de la canule. Selle abondante, facile, suivie chez ce malade, pendant deux jours, d'une légère diarrhée qui cède au salicylate de bismuth.

Nourriture normale. Levée du malade le 20e jour. Guérison complète.

Lorsque le malade fut présenté à la Société de chirurgie près de quatre mois après l'opération, le résultat était satisfaisant; depuis lors, la guérison s'est maintenue : les selles sont faciles, régulières, et le prolapsus n'a pas reparu.

Obs. II. — *Prolapsus rectal volumineux datant de l'âge de huit ans; séparation d'un manchon muqueux de 80 centimètres de longueur; section transversale. Suture. Mort.*

Le 18 novembre 1898, entrait à l'hôpital du camp de Châlons le nommé X..., de Puteaux, jeune soldat du 37e régiment d'infanterie. Il avait, et à la visite d'incorporation et au conseil de revision, dissimulé son infirmité.

Parisien d'origine, bien bâti, nerveux, il n'accusait rien dans ses antécédents qui expliquât la production de la chute rectale. Il m'apprenait que son prolapsus datait de l'âge de huit ans, qu'après le moindre effort de défécation celui-ci sortait d'une longueur égale à celle de l'index et rentrait avec la plus grande facilité.

Depuis cet âge il était également atteint d'incontinence d'urine (chaque jour, six à huit mictions).

A l'examen je constate un prolapsus total des dimensions longitudinales indiquées, sortant au moindre effort; après réduction, le sphincter se contracte d'une façon assez énergique; le périnée est solide. Troubles digestifs nuls.

Après avoir préparé le malade comme le précédent je pratique chez lui l'opération décrite, le 24 novembre, avec le concours de mes collègues MM. les Drs Comte, Imbert et Vincent, attachés à l'hôpital du camp.

L'orifice anal étant, sous la chloroformisation, assez béant pour admettre librement deux doigts, je juge la dilatation inutile et compromettante pour l'intégrité du sphincter et, après avoir repéré la muqueuse par quelques pinces hémostatiques, je procède d'emblée à sa section circulaire, à son union avec la peau, en commençant par la demi-circonférence inférieure pour terminer par la demi-circonférence supérieure.

Bien me prit, pendant cette section, de ne comprendre que la muqueuse dans le tracé d'incision, car si j'en avais dépassé d'emblée les limites, j'eusse compromis en partie l'intégrité du sphincter externe. Le bord libre de celui-ci, en effet, en raison du peu d'adhérences que la muqueuse avait conservées avec lui et de la distension qu'il avait subie, répondait non à l'union de la peau et de la muqueuse, mais à quelques centimètres en dedans de ce point comme chez mon premier opéré.

La surface et le bord du sphincter externe dégagés en haut, sur les côtés, puis en bas, je continuai, tantôt avec la sonde cannelée, la pointe des ciseaux mousses, l'ongle du pouce, la séparation de la muqueuse sur le premier cylindre et particulièrement sur sa demi-circonférence antérieure, la plus accessible et la plus adhérente. A ce moment, des troubles respiratoires graves me forcèrent à interrompre la chloroformisation et à pratiquer la respiration artificielle.

Les difficultés de l'hémostase, qui se prolongèrent jusqu'au milieu de l'opération, la compliquèrent et, en masquant le champ opératoire par une abondante rosée de sang noir, rendirent bien plus longue et plus pénible la séparation de la muqueuse que chez le précédent opéré.

Ces difficultés furent encore augmentées par la grande friabilité de cette muqueuse, qui conserva, même après sa séparation, une rougeur très marquée et morbide, tranchant sur la pâleur du manchon muqueux supérieur. Cette muqueuse se déchirait souvent sous la traction des pinces. Cette friabilité ne disparut qu'après que j'eus franchi les limites du deuxième cylindre.

Séparé successivement de sa muqueuse par l'ongle du pouce ou la pointe de ciseaux mousses, n'agissant comme instrument sécant que pour la séparation des tractus les plus résistants, le premier cylindre montra une surface musculaire d'un rouge jaunâtre, pâle, quand elle n'était pas souillée par le sang.

Cette couche était uniforme bien que formée par de longs faisceaux concentriques. La séparation du manchon muqueux ne nécessita que l'application de quelques pinces hémostatiques (4 ou 5) sur des vaisseaux artériels très petits répondant aux plans cardinaux.

Lorsque j'arrivai au niveau du manchon interne, pour me donner du jour, je sectionnai la muqueuse transversalement à quelques centimètres au-dessous de lui, et là repérai par de nouvelles pinces.

Chez cet opéré, comme chez le précédent, la séparation de la muqueuse fut particulièrement délicate et lente au point de réunion des deux manchons externe et interne. C'est à ce point de jonction que les adhérences de la muqueuse et de la musculeuse étaient le plus intimes, surtout en avant et sur les côtés. C'est là que je trouvai sur la muqueuse les vaisseaux les plus importants. Qu'il en soit ainsi normalement, ou que leur volume ait été lié à la gêne respiratoire du malade, toujours est-il que je vis la paroi externe de cette muqueuse, surtout sur les côtés et en arrière, recouverte, en ce point, de veines à parois dilatées comme celles de petites hémorroïdes. Leur présence est à signaler, bien qu'elles ne gênent que peu l'opérateur.

Lorsque, par des tractions aidées de coups de becs de sonde cannelée, de pointes de ciseaux ou d'ongle, j'eus dégagé la muqueuse sur la base et la partie saillante du cylindre interne, je fus frappé, comme mes assistants, par le volume et par la forme nouvelle que prit la tumeur rectale. Son volume s'exagéra de près de moitié, et, au lieu d'être formée de deux globes, elle ne représenta plus qu'une masse régulièrement arrondie de 12 centimètres de diamètre vertical et de 10 centimètres de diamètre transversal, exactement et plusieurs fois mesurés. Cette augmentation tenait probablement à la surdistension par l'intestin grêle de la poche de l'hydrocèle, auquel le dégagement de la paroi rectale intermédiaire entre les deux cylindres avait laissé la latitude d'un plus large développement (voyez fig. 2).

Dès ce moment la séparation de la muqueuse absolument saine et de calibre plus étroit ne fut plus qu'un jeu, tant elle fut aisée. Je l'effectuai en quelques minutes, je pourrais presque dire en quelques secondes, pour mieux frapper.

Ne me servant que de l'ongle ou exprimant le manchon muqueux entre le pouce et l'index droit, pendant que de la main gauche je l'attirais, j'arrivai à poursuivre son dégagement jusqu'à 80 centimètres

de l'*orifice* anal, comme je le constatai au cours de l'opération et comme mes assistants et moi le vérifièrent après. J'étais hanté par l'idée que le côlon descendant participait au prolapsus. (La figure 2, qui représente la traction exercée sur la muqueuse saine, a été prise sur ce malade.)

Je m'arrêtai quand ma main gauche éprouva une sensation de résistance *très nette à une traction un peu forte* et quand, après cessation de toute traction, le manchon muqueux s'enfonça de 6 à 8 centimètres. Je pouvais dès lors légitimement supposer que l'intestin n'aurait plus aucune tendance à former un nouveau prolapsus.

Avant d'aller plus loin, je dois mentionner que, lors de la séparation de ses quinze à vingt derniers centimètres environ, le manchon muqueux apparut doublé par places de lobules graisseux, qu'il sembla moins protégé par des anneaux musculaires réguliers et qu'il était, dans l'intervalle des faisceaux de fibres, presque immédiatement, et très nettement, recouvert d'une membrane transparente et lisse qui n'était autre que le péritoine. Je redoublai d'attention pour la séparation de la muqueuse.

A partir du moment où la base du deuxième cylindre fut franchie, le dégagement muqueux s'opéra sans la déchirure d'un seul vaisseau important, aussi la face externe de la muqueuse conserva-t-elle jusqu'à la fin son aspect rosé, uniforme, contrastant avec la rougeur de la muqueuse épaissie, enflammée, des cylindres extérieurs.

Aucune ligature ne fut pratiquée, ni pendant, ni après l'opération.

Une très légère pression ayant réduit le globe musculeux qui tendait déjà à rentrer de lui-même lorsqu'on cessait toute traction sur le manchon muqueux qui le traversait, ce globe musculeux fut désinfecté soigneusement par un attouchement avec des compresses sublimées sèches, puis je rétrécis l'orifice sphinctérien par deux fils de soie perdus appliqués sur sa partie inférieure. Fixation et excision de la muqueuse suivant le procédé indiqué.

Le résultat immédiat fut celui d'une cure radicale d'hémorroïdes par l'ablation circulaire de la muqueuse.

Pansement comme chez le précédent malade.

Réunion des deux genoux.

Durée de l'opération : une heure environ.

Pendant les quatre premières journées, cet opéré très nerveux ne présenta rien de particulier; sa température ne dépassa pas 37°5; son pouls était normal, sa miction retardée mais spontanée. Quelques vomissements chloroformiques le deuxième jour.

Sont à noter les mouvements incessants de ce malade, que n'arrêtent pas les observations vives du médecin traitant, ses envies fréquentes d'uriner, liées à son incontinence d'urine, nécessitant constamment des déplacements latéraux, lesquels ne peuvent être effectués par les infirmiers sans pressions abdominales.

Le quatrième jour, alors que tout faisait espérer une guérison sûre et brillante, la température s'élève à 38°4; le pansement souillé et odorant dut être enlevé.

Les sutures tenaient bien. Un liquide noirâtre, odorant, paraissant venir surtout de l'intestin, mais sortant aussi de l'intervalle de points de suture supérieurs, me forcèrent à procéder à un lavage boriqué de l'intestin et de la poche péri-intestinale.

Le cinquième jour, même état, même souillure, même réfection du pansement; température 37 degrés et 38°3; pouls très fréquent. Douleurs à la pression dans la fosse iliaque gauche et dans le creux épigastrique; facies abdominal, nausées.

Le sixième jour, pansement souillé par un liquide coloré, peu odorant; l'état général s'aggrave, vomissements.

Mort dans le collapsus à 10 heures et demie du soir.

L'autopsie, pleine d'enseignements, démontra à mes collègues, les Drs Comte et Imbert, comme à moi, que les sutures n'avaient pas tenu.

L'extrémité du cylindre interne répondait à 6 centimètres de l'orifice anal.

La paroi rectale et celle du cylindre invaginé qui ressemblait à un museau de tanche très élargi, ballant dans la cavité rectale, étaient recouvertes d'une couche pulpeuse, facilement isolable. Faible quantité de liquide non odorant dans l'ampoule rectale.

Chose curieuse à constater : malgré l'étendue si considérable de l'abrasion muqueuse sur le vivant, la perte de substance de la muqueuse ne parut, ni à mes assistants ni à moi, avoir dépassé le niveau du promontoire sacré. Or, nous avons fixé, et à plusieurs reprises, toute notre attention sur ce point si important à relever et dont la constatation paraît paradoxale devant l'affirmation que 80 centimètres de muqueuse *non étirée* ont bien été enlevés.

La paroi rectale postérieure était fixement accolée au sacrum, et la lésion consistait dans une véritable invagination.

Les liens recto-coliques étaient solides. Il eût donc été inutile de procéder dans ce cas soit à une colopexie, soit à une ablation du côlon.

Le cul-de-sac péritonéal était intact, mais par propagation lymphatique le péritoine s'était infecté. Des adhérences étaient disséminées sur les anses de l'intestin grêle et du gros intestin, à gauche comme à droite, et quelques suffusions purulentes s'observaient entre les anses.

Bref, l'opéré avait succombé à une péritonite consécutive à l'infection aiguë du champ opératoire.

La chute des sutures, si solides d'ordinaire, est due en grande partie aux mouvements incessants de ce malade indocile que n'arrêtaient ni mes prières ni mes ordres, aux déplacements fréquents qu'imposaient ses envies fréquentes d'uriner et qui provoquaient de la part des infirmiers des pressions sur ses flancs et sa paroi abdominale, à la contraction du sphincter, que j'avais cru pouvoir me dispenser de dilater pour le mieux ménager, à l'étendue peut-être abusive de l'ablation muqueuse que je n'avais poussée si loin que parce que j'étais hanté par l'idée d'une participation du côlon descendant au prolapsus, idée dont l'autopsie me démontra le peu de valeur, au moins chez cet opéré. Toutes ces causes réunies : tension excessive de la muqueuse, immobilisation insuffisante, se sont opposées chez cet opéré à la

réunion de la muqueuse et à l'accolement permanent des cylindres.

Cet insuccès m'impressionna très vivement, mais est explicable par des causes dont il était facile de me rendre compte et qui tenaient à la fois à une technique mal précisée et à un malade indocile; il ne put me faire douter de la valeur de l'opération même, et un nouveau et beau succès fourni par l'opéré que je vous présente m'a rendu en elle une confiance un instant ébranlée.

Obs. III. — *Prolapsus ano-rectal datant de l'enfance, résection de 28 centimètres de muqueuse intestinale, guérison par première intention.*

Le nommé No... (Alfred), soldat au 106e régiment d'infanterie, ex-charbonnier à Villeneuve-Saint-Georges, entre à l'hôpital militaire de Vincennes en avril 1899, porteur, depuis l'enfance, d'un prolapsus ano-rectal total qu'il a dissimulé au moment de son incorporation.

Le prolapsus fait en dehors de l'anus une saillie de 8 centimètres environ pendant l'effort; il présente les sillons classiques. La muqueuse, congestionnée, fournit une sécrétion glaireuse. Constipation habituelle.

Le périnée ne semble pas avoir une résistance en rapport avec la musculature et la vigueur de ce malade; il bombe en haut.

Le 18 juin 1899, après les préparatifs d'usage : diète lactée pendant quelques jours, purgatif l'avant-veille de l'opération et salol, nombreux lavements antiseptiques la veille et le matin même, je pratique, avec l'assistance de mes collègues, MM. les Drs Bourdon, Gils, Daireaux, Metzquer, une excision d'un manchon muqueux de 28 centimètres de long.

Dilatation anale, ampoule rectale énorme.

Dégagement de la muqueuse sur la surface et le bord du sphincter externe, sur le sphincter interne et sur le globe formé par la musculeuse.

Les fibres de cette membrane, bien développées, forment une nappe continue que le bec de la sonde cannelée, la pointe de ciseaux, l'ongle suivent aisément. Rosée veineuse légère qui ne gêne pas l'opérateur. Les fibres de la musculeuse, très pâles d'abord, ressemblant à de la chair de poisson peu cuite, prennent une teinte rosée de plus en plus accusée, à mesure qu'elles sont plus longtemps exposées à l'air.

La tumeur rectale augmente notablement de volume, surtout après le dégagement de la muqueuse au fond des sillons.

La muqueuse, friable, se déchire fréquemment sous la traction des pinces.

Après un dégagement circulaire sur une hauteur de 10 centimètres environ, la muqueuse est excisée pour me donner du jour et prévenir l'infection du champ opératoire. Après cette excision, elle est repérée à nouveau avec des pinces.

Un peu au-dessus du canal invaginé, la muqueuse devient normale; elle est presque exsangue, d'un blanc rosé très atténué; ses adhérences sont très faibles et il suffit d'exercer sur elle une traction axile modérée et de donner, au point où elle se réunit à la musculeuse, quelques coups d'ongle pour la séparer de cette dernière.

Je cesse de la dégager quand la traction exercée sur le manchon muqueux fait éprouver une *très faible* sensation de résistance et quand, en cessant ces tractions modérées, ce manchon muqueux remonte légèrement.

Section de la muqueuse et sutures placées d'après le mode décrit.

Pansement habituel.

Durée de l'opération : une heure dix.

Réveil facile. Diète complète le premier jour, presque complète le deuxième jour, pour éviter les efforts de vomissement (fond de cuillerée de bouillon toutes les deux heures); lavages de la bouche fréquents avec de l'eau fraîche pour tromper la soif; opium, 8 centigrammes par jour.

Quelques nausées, pas de vomissements, miction retardée mais spontanée.

La constipation est prolongée jusqu'au quatorzième jour, grâce à l'opium et à une alimentation presque exclusivement carnée et peu substantielle donnée à partir du huitième jour.

Le pansement est levé et les derniers fils en U enlevés le douzième jour; les autres étaient tombés spontanément.

Première selle très difficile, même avec des lavements abondants.

Malgré les efforts de défécation, le prolapsus ne se reproduisit pas et l'adhésion cutanéo-muqueuse resta solide.

L'opéré se leva le seizième jour.

L'opération date actuellement de dix mois et demi; le résultat obtenu est le suivant :

Cicatrice invisible. L'anus a ses plis rayonnés normaux. A l'inspection de la région, le malade ne semble pas avoir subi d'opération. Le périnée paraît plus résistant. Pendant l'effort, la muqueuse anale est invisible; toute trace de prolapsus a disparu. Au toucher rectal, l'orifice anal est normalement dilatable, le sphincter contractile. Au lieu de tomber presque directement dans l'ampoule rectale, le doigt pénètre dans un canal extensible doublé d'une muqueuse régulière, canal de la longueur de la première et des deux tiers de la seconde phalange de l'index. Ce canal serre le doigt lorsque le malade tend à fermer son anus. Au-dessus de ce canal, le rectum est brusquement et circulairement élargi sans avoir, à beaucoup près, ses dimensions normales.

Constipé avant l'opération, le malade va journellement à la selle; il retient ses matières et ses gaz.

En somme, l'intervention chirurgicale a amené une complète et solide guérison.

Résultats. — J'ai donc pratiqué trois fois cette opération qui n'a pas encore sa place dans la thérapeutique des prolapsus rectaux. Deux de mes malades ont guéri; un a succombé, mais ce serait, je crois, mal apprécier la valeur de cette méthode que d'en supputer la gravité d'après mes cas trop peu nombreux pour faire statistique, et sur lesquels pèse, comme une ombre trop noire, cette deuxième intervention si différente de la première et de la dernière.

N'est-ce pas, malheureusement, le bilan habituel de toutes les opérations importantes d'entraîner, au début, une léthalité excessive qui s'atténue à mesure que leurs indications et contre-indications se précisent, que l'anatomie pathologique, opératoire, de l'affection est mieux connue et les soins consécutifs mieux réglés?

Au point de vue *fonctionnel :* sur mon premier opéré qui a été présenté à la Société de chirurgie et dont l'opération remonte aujourd'hui à dix-huit mois, le résultat a été très satisfaisant; sur celui-ci chez lequel l'excision muqueuse date de onze mois, le résultat est si complet qu'il ne porte aucune trace apparente de son opération, comme vous pouvez en juger.

Cicatrice invisible, plis rayonnés rétablis, prolapsus disparu avec son cortège de troubles, de douleurs, d'écoulements diarrhéiques alternant avec la constipation, etc., rectum continent, dilatable, fermé par un sphincter résistant, voilà ce qu'on constate.

Ce résultat est bien fait pour engager, jusqu'à épreuve complète de contrôle, à pratiquer cette opération.

Conclusions. — L'ablation de la muqueuse rectale, réservée jusqu'ici au traitement des prolapsus purement muqueux, est également applicable aux prolapsus du deuxième groupe, dans lequel toutes les tuniques de l'intestin participent à la chute rectale, qu'il y ait ou non invagination.

L'étendue de la portion muqueuse à exciser ne peut encore être précisée. L'expérience ultérieure nous fixera sur ce point d'un intérêt de premier ordre.

Il faut se garder de pratiquer des excisions trop étendues. Dans le prolapsus avec invagination, même volumineux, l'ablation de 20 à 30 centimètres paraît suffire. Peut-être pourra-t-on la réduire, voire se contenter de l'excision muqueuse du prolapsus même.

L'opération, qui consiste en une dissection longue, minutieuse, dans un champ opératoire étendu et souillé par une rosée sanguine assez abondante, est délicate.

Il serait bon de ne l'entreprendre qu'après s'être exercé, au préalable, à la cure radicale des hémorroïdes par l'ablation circulaire de la muqueuse anale.

Le traitement consécutif a une importance de premier ordre. Un traitement consécutif mal dirigé, trop peu sévère, compromis par un malade indocile, peut atténuer ou annihiler le résultat de l'opération la mieux faite, exposer à l'infection du champ opératoire, à celle du péritoine, aux cicatrices vicieuses, aux rétrécissements du rectum.

Immobiliser la région anale jusqu'à production d'une cicatrice solide, tel est le but à poursuivre. Il ne doit pas être perdu de vue un instant.

L'opium, un pansement unique, occlusif et bien contentif, la ligature des genoux qui s'oppose aux dangereux mouvements d'abduction des membres inférieurs, une diète très rigoureuse d'abord, une alimentation aussi réduite que possible imposée jusqu'à la cicatrisation complète de la plaie, une déconstipation prudente, la marche tardive, tels sont les moyens qui paraissent les mieux indiqués pour consolider la guérison.

Un ensemble de faits importants peut seul permettre d'apprécier la valeur exacte de cette opération, paradoxale en apparence, rationnelle en réalité, et plus simple que maintes des interventions qui lui sont opposables.

Cette même expérience ultérieure nous fixera sur les indications et contre-indications de cette méthode, nous dira si elle peut se suffire à elle-même ou si elle doit réclamer un appoint des procédés anciens.

Je la crois indiquée surtout chez l'adulte et l'enfant, chez lesquels les tissus présentent des conditions d'adhésion particulièrement favorables, lorsque le périnée est solide, les sphincters résistants, l'anus peu dilaté.

Discussion

Sur l'inondation péritonéale.
A propos du traitement des hématocèles
et grossesses extra-utérines.

M. Tuffier. — Je vous ai présenté ici même, il y a quatre ans (5 février 1896), une statistique de 34 cas de grossesses extra-utérines que j'avais opérées depuis 1889. A ce chiffre je puis ajouter aujourd'hui 22 nouveaux cas, que je classerai, comme alors, de la façon suivante :

1° Grossesses tubaires en évolution : 2 cas.

2° Grossesses extra-utérines rompues avec inondation péritonéale : 4 cas.

3° Grossesses extra-utérines rompues avec épanchement enkysté (hématocèles) : 11 cas.

4° Grossesses extra-utérines rompues avec épanchement enkysté suppuré (hématocèles suppurées) : 4 cas.

5° A ces 19 cas j'ajouterai encore 1 cas de grossesse extra-uté-

rine arrêtée dans son évolution vers le 7e mois et que j'opérai 2 mois et demi après.

Au total, j'ai donc pratiqué actuellement 56 interventions pour hématocèles ou grossesses extra-utérines en évolution. Voici le détail de mes 22 nouveaux cas, presque tous examinés au point de vue anatomique par M. Couvelaire, qui prépare sa thèse sur ce sujet.

1° Des *grossesses tubaires en évolution* que j'ai citées en premier lieu, l'une occupait la trompe gauche et était compliquée d'hématosalpinx droit : je fis l'*extirpation des annexes par la voie abdominale ;* la malade guérit. L'autre occupait la trompe droite, formant une tumeur très volumineuse (volume de deux poings) qui remplissait tout le cul-de-sac de Douglas : je fis l'*hystérectomie abdominale totale ;* la malade guérit également.

2° Les *grossesses extra-utérines rompues avec inondation péritonéale* furent toutes traitées par la *laparotomie.* L'âge de ces grossesses était de 3 mois et demi (2 cas) et 4 mois (2 cas). Les malades, toutes jeunes (vingt-huit, trente-deux, trente-trois et trente-quatre ans), guérirent sans complication après extirpation de la trompe et du fœtus.

3° Des *hématocèles non suppurées,* 4 furent traitées par la *colpotomie postérieure* et guérirent parfaitement (l'une d'elles était compliquée d'annexite suppurée) ; 4 autres m'obligèrent à pratiquer l'*hystérectomie vaginale.* L'une des malades mourut au bout de 7 jours d'une infection post-opératoire (j'ai relaté ce cas dans mon article sur l' « Angiotripsie ». (*Revue de gynéc. et de chir. abdom.*, juillet-août 1898) ; les 2 autres malades guérirent. — Dans 3 cas, je fis la *laparotomie.* Dans le 1er de ces cas, il s'agissait d'une hématocèle anté-utérine : après une tentative infructueuse d'extirpation de la poche, je dus me contenter de la marsupialiser. La malade mourut 2 jours après : l'autopsie n'ayant pu être faite, la cause de la mort n'a pu être précisée. Dans le 2e cas, je pus extirper la poche, qui était vraiment énorme, en même temps que les annexes du même côté. Dans les 3e et 4e, je l'ai isolée, ouverte, nettoyée, drainée par le vagin après libération des annexes du côté opposé.

4° De mes 4 *cas d'hématocèles suppurées*, 2 furent traitées par la *colpotomie postérieure* et guérirent. La 3e, traitée par l'*hystérectomie vaginale*, mourut 3 jours après de péritonite généralisée : il s'était fait une hémorragie en nappe au niveau des parois de la poche, hémorragie assez abondante qui fut le point de départ de l'infection péritonéale ; j'ai également relaté ce fait dans le mémoire que j'ai rappelé plus haut. Le 4e cas, tout récent (février 1900) a trait à une hématocèle suppurée *double :* l'examen micros-

copique des pièces montra en effet qu'il y avait eu grossesse tubaire des deux côtés. Je fis l'*hystérectomie abdominale totale*. La malade, âgée de vingt-trois ans, est guérie.

5° Pour terminer, il me reste à citer une malade que j'opérai le 24 octobre dernier et qui présentait une *grossesse extra-utérine abdominale avec fœtus de sept mois, mort depuis deux mois*. La laparotomie me permit d'extraire le fœtus enkysté au-dessous de la rate ; je me contentai de marsupialiser la poche en abandonnant le placenta. La malade guérit.

L'ensemble de ces faits me conduit à regarder la laparotomie comme la méthode de choix applicable à tous les cas — sauf à ceux qui sont constitués par une hématocèle suppurée saillante dans le cul-de-sac postérieur.

Je ne ferai que signaler deux points de pratique soulevés par M. Routier.

1° La position inclinée dans les cas d'hématocèle avec inondation péritonéale exposerait à faire écouler tout le sang du petit bassin vers le diaphragme. Je n'ai jamais eu à redouter cet accident parce que, dans cette opération comme dans tous les cas qui nécessitent l'emploi du plan incliné, j'ai toujours soin d'ouvrir l'abdomen la malade étant horizontale et de ne faire prendre la position inclinée qu'après avoir bien isolé, par des compresses aseptiques, les lésions du petit bassin du reste de la cavité abdominale. En cas d'inondation péritonéale, je n'ai donc rien à redouter de cette manœuvre.

2° La seconde question a trait au drainage après les opérations sur le petit bassin. Je laisse de côté l'indication du drainage dans ces cas pour ne parler que du mode de drainage.

La première question est de savoir si l'on doit placer un Mikulicz ou un drain. Pour ma part, je n'emploie pas le tamponnement à la Mikulicz, parce que le tampon est un mauvais drain. Si un suintement léger en nappe large nécessite un tampon aseptique, il faut toujours lui adjoindre le drainage. Je draine alors avec un drain métallique de longueur appropriée à chaque cas. Si au contraire, le drainage est simplement préventif, la question se pose de savoir s'il faut drainer par le vagin ou par l'abdomen. Je préfère le drainage vaginal dans tous les cas où l'utérus est resté en place. Dans les cas contraires, un drain abdominal peut être placé, mais toutes les fois que je puis facilement ouvrir le cul-de-sac vaginal, je draine de ce côté. C'est le point déclive, c'est là que les sécrétions s'accumulent toujours, c'est de là que partent généralement les infections. J'ajoute que si le drainage doit être prolongé, la colpotomie ne donnera pas issue à une hernie, contrairement à ce qui arrive dans les drainages prolongés abdominaux.

M. Bazy. — Je ne partage pas la réprobation de quelques-uns de mes collègues pour le Mikulicz. Je l'ai employé dans deux cas d'inondation péritonéale et m'en suis bien trouvé; je l'emploie toujours dans les cas de suppuration pelvienne, mais je mets, en même temps, un drain.

M. Pierre Delbet. — Je viens d'entendre dire qu'il faut toujours faire le drainage du péritoine en cas d'inondation péritonéale. Je ne suis pas du tout de cet avis. La manière dont on doit se comporter dépend de ce que l'on peut faire du côté de la lésion qui a engendré l'inondation. J'ai opéré entre autres une grossesse tubaire de quatre mois environ qui venait de se rompre. L'hémorragie était énorme; mais j'ai pu enlever d'un morceau la trompe distendue par l'œuf comme s'il s'agissait d'une salpingite vulgaire. J'ai asséché le péritoine aussi soigneusement que possible et j'ai fermé sans drainer. Ma malade a très bien guéri.

En somme, je ne crois pas que l'hémorragie, quelque abondante qu'elle soit, commande par elle-même le drainage. Ce qui le commande, c'est l'état des parties. Lorsqu'il s'agit d'une grossesse qui s'est rompue en plusieurs temps, qui a contracté des adhérences, qu'on laisse le placenta, des portions de sac, il va sans dire qu'il faut drainer. Lorsqu'on peut enlever l'œuf en totalité, comme on enlève une salpingite, le drainage est inutile.

M. Routier. — A la suite du rapport que je vous ai présenté sur l'inondation péritonéale consécutive à la rupture des grossesses ectopiques, plusieurs de mes collègues ont pris la parole. Je ne puis m'empêcher de regretter que cette discussion ait été ainsi coupée et renvoyée, de séance en séance, de telle façon qu'il me sera difficile aujourd'hui, pour clore la discussion, de répondre bien exactement aux divers orateurs.

J'avais, dans mon rapport, insisté beaucoup sur l'intervention rapide, par la voie abdominale bien entendu; tous, vous avez été du même avis. M. Reynier, cependant, bien qu'il soit aussi, dit-il, partisan de l'intervention rapide, la retarde pourtant, afin, dit-il, de pouvoir, par des injections de sérum, relever l'état général de la malade.

Pour ma part, j'aime mieux, quel que soit l'état, intervenir de suite, car, pendant qu'on injecte le sérum, le sang continue à couler et, bien mieux, l'injection de sérum doit augmenter la tension vasculaire et augmenter l'hémorragie.

Un second point de mon rapport avait trait à la manière dont il faut faire la toilette péritonéale. Je vous avais dit: « Préférant la chirurgie sèche, je m'efforce toujours d'assécher le péritoine aussi complètement que possible. »

Tous aussi, vous êtes de mon avis, soit que, comme moi, vous craigniez de laisser dans le péritoine un bouillon de culture dangereux, soit que, comme Quénu, vous considériez l'hématine dissoute dans l'épanchement comme nuisible à l'organisme.

J'avais montré comment il était difficile de parfaire cet assèchement du péritoine, comment lorsque, après avoir opéré dans la position de Trendelenburg, en remettant la malade dans le plan horizontal, on voyait le petit bassin se remplir à nouveau du sang qui s'était logé surtout sous le foie en passant en dehors du cœcum.

Mon ami Tuffier vient de nous dire qu'il évitait cela en garnissant tout d'abord le petit bassin, en y cantonnant l'épanchement. Je lui répondrai que ce n'est pas possible dans les grandes inondations, au moins dans les cas que j'ai vus; le sang était répandu dans tout le ventre, bien avant qu'on ne renversât la malade; il est vrai que j'ai opéré des cas où en dehors des caillots, j'ai eu 3 litres et demi de sérosité sanglante.

Je continue pour assécher le péritoine à me servir d'éponges, c'est le moyen d'aller le plus vite possible.

Comme l'a répondu M. Quénu à M. Reynier, je ne comprends pas plus que lui l'utilité du lavage du péritoine dans ces cas d'inondation sanguine: le péritoine n'est pas infecté, on allonge l'opération sans profit.

Vidant complètement le péritoine de son contenu, je n'ai jamais eu besoin de drainer, mais dans mon rapport j'avais soulevé la question du drainage à propos des observations de l'un des présentateurs qui avait employé « le drainage à la Mikulicz ».

J'ai dit dans mon rapport que je considérais le pansement de Mikulicz comme un pis-aller; c'est en outre un mauvais mode de drainage, et je ne puis que m'associer à ceux d'entre nous qui ont dit qu'ils préféraient un drain, reste encore à savoir quand il faut drainer et par où il faut drainer.

C'est avec grand plaisir que j'ai entendu Tuffier prôner le drainage vaginal et nous dire qu'il ne redoute pas les infections ascendantes du vagin au péritoine; je suis comme lui et je redoute beaucoup plus l'éventration qui suivra presque toujours les drainages par la plaie de la laparotomie.

Voilà bien longtemps que je soutiens cette doctrine et que j'emploie cette pratique: je draine par le vagin toutes mes laparotomies que je crois devoir drainer: je faisais ainsi bien avant l'application de l'hystérectomie abdominale au traitement des salpingites suppurées.

Le pansement de Mikuliez ne m'a jamais paru être un drainage; quand je l'ai employé, c'est surtout comme hémostatique par tamponnement, par exemple dans ces cas où, après avoir

gratté toute la surface du petit bassin, on a un suintement sanguin en nappe, que les pinces ou les ligatures sont incapables de maîtriser.

En tassant fortement sur ces surfaces saignantes ou infectées le pansement de Mikulicz, on arrête ces hémorragies et on isole ces surfaces infectées ou faciles à infecter, car elles ne sont plus péritonéales.

J'ai été étonné d'entendre M. Reynier, faisant le juste procès du pansement de Mikulicz en tant que drainage, nous dire que ce drainage était si mauvais qu'il lui avait caché une hémorragie produite sous le Mikulicz ; il est probable qu'il ne l'avait pas assez serré ; pour ma part, quand c'est nécessaire, je tamponne un petit bassin avec le pansement de Mikulicz, comme je le fais pour un vagin dans un cas de métrorragie.

Si j'avais su que j'aurais aujourd'hui la parole pour clore cette discussion, je vous aurais présenté une malade qui est sortie ce matin de mon service ; c'est un bel exemple des difficultés que peut présenter le diagnostic de l'inondation péritonéale, de l'hémorragie interne à la suite d'une rupture de grossesse ectopique.

C'est une jeune femme de vingt-six ans, bien réglée d'habitude, n'ayant jamais eu de grossesse. Vers la fin de mars, elle avait eu une vive douleur dans le ventre, avec vomissements ; puis, après une légère amélioration dans son état, elle était entrée à l'hôpital, en médecine, d'où elle fut évacuée le dimanche 8 avril dans mon service, sous la rubrique de salpingite.

Je l'examinai rapidement le matin et ne changeai rien au diagnostic ; les annexes droites étaient volumineuses et douloureuses ; les annexes gauches paraissaient un peu moins malades.

Vers 2 heures de l'après-midi, mon interne, qui était de garde, fut appelé auprès de cette malade qu'il trouva dans un état demi-syncopal, avec décoloration des téguments, pouls filant, extrémités froides.

En face de ces symptômes, il pensa de suite à la possibilité d'une grossesse ectopique rompue et fit d'abord une injection de sérum de 500 grammes.

Il y eut un léger mieux ; mais, à 5 h. 1/2, ces symptômes recommencèrent avec une vive douleur à droite ; je fus appelé d'urgence ; à 6 heures, cette femme, absolument décolorée, répondait à peine aux questions qu'on lui posait ; le pouls n'était presque plus perceptible, les extrémités étaient froides, le ventre était douloureux à la pression, sans être gros.

J'acceptai le diagnostic de mon interne, et, convaincu qu'il s'agissait d'une hémorragie intra péritonéale, je lui reprochai d'avoir perdu du temps et je pratiquai de suite la laparotomie,

non cependant sans avoir, à plusieurs reprises, fait remarquer combien le ventre était plat.

Le ventre ouvert, je constatai qu'il n'y avait pas l'ombre d'épanchement sanguin, mais deux énormes pyosalpinx qui remplissaient le petit bassin. A droite, l'abcès le plus gros s'ouvrit au simple contact; j'avais pu, dans ce cas, isoler le petit bassin avec des compresses ; je tamponnai cet abcès côté abdomen, et, passant par le vagin, je pratiquai l'incision large du cul-de-sac postérieur. Une assez grande quantité de pus s'écoula; je fis un fort lavage à l'eau bouillie salée et plaçai deux drains en canon de fusil.

Je me lavai les mains avec tout le soin qu'on doit apporter à cet acte et revins bravement à l'abdomen; j'enlevai le gros paquet annexiel droit qui était suppuré ; je vis l'extrémité de mes deux drains dans le Douglas; puis j'enlevai le paquet annexiel gauche qui était aussi très adhérent mais moins malade; c'était de l'hydrosalpinx.

Dans ce cas, tout le fond, surtout à droite, de mon petit bassin était saignant; je fis alors un Mikulicz, mais simplement avec des mèches de gaze qui, fortement tassées dans le petit bassin, sortaient avec les deux drains par le vagin; la paroi abdominale fut totalement fermée.

Sans le moindre accident cette malade est guérie ; dès le second jour, elle n'avait plus du tout cet aspect de pâleur extrême qui nous avait fait penser à l'hémorragie interne.

J'en suis encore à me demander quelle est la pathogénie des accidents qui m'ont fait commettre cette erreur de diagnostic.

En résumé, je n'ai rien à changer aux conclusions scientifiques de mon rapport, que la discusion n'a fait que confirmer.

Intervenir vite par la laparotomie dans les cas de rupture de grossesse ectopique avec inondation péritonéale.

Faire la toilette péritonéale le plus complètement possible.

Et si l'on est, pour une cause quelconque, obligé de drainer, placer deux drains en canon de fusil dans le cul-de-sac vaginal postérieur.

Présentation de malades.

Kyste hydatique du foie.

M. Schwartz présente une malade opérée de *kyste hydatique du foie* (face inférieure) par l'incision, la suture et la réduction du kyste. Guérison depuis quatre mois.

Grenouillette sus-hyoïdienne.

M. F. Terrier présente une opérée de *grenouillette sus-hyoïdienne*, par extirpation de la poche kystique et de la glande sous-maxillaire.

Mme C..., âgée de trente-neuf ans, entre le 14 mars 1900, à la clinique chirurgicale de la Faculté, à la Pitié, salle Lisfranc, lit n° 10. Le début de l'affection remonte à l'âge de dix-sept ans. C'est brusquement, à la suite d'un repas, qu'apparut une tuméfaction sous la langue et du côté droit, et il est facile, d'après les renseignements donnés par la malade, d'y reconnaître une grenouillette absolument classique.

On a pratiqué, dans un laps de huit ans, sept ponctions simples à travers la muqueuse buccale. Chaque ponction suivie d'une récidive. A vingt-cinq ans, apparaît une tuméfaction sus-hyoïdienne, et la poche sus-hyoïdienne est à son tour traitée deux fois par la ponction, et deux autres fois on tente l'extirpation. Ces interventions par la voie sus-hyoïdienne n'eurent pas plus de succès que les ponctions par voie buccale. Aussi M. Terrier, en présence des échecs obtenus par les opérateurs antérieurs, pratique purement et simplement l'*ablation de la poche* et l'*extirpation totale de la glande sous-maxillaire.* Opération simple et guérison parfaite.

A noter qu'il n'y avait rien du côté de la glande sublinguale lors de l'intervention de M. Terrier.

Présentation de pièces.

Epiploïte spéciale constituant une volumineuse tumeur au-dessus d'une hernie inguinale. Lésions de torsion rappelant celles des kystes de l'ovaire. Deux opérations pour ablation de ces tumeurs avec cure radicale. Guérison,

par M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE

Je présente une pièce pathologique qui m'a paru offrir d'autant plus d'intérêt que, bien que le fait soit rare, j'ai eu l'occasion il y a quelques années, d'en observer un tout comparable et de suivre mon malade après guérison.

Il n'est pas rare dans les hernies de trouver des lésions épiploïques qui ont amené une transformation complète de l'organe. L'épiploon hernié peut prendre les aspects les plus divers, depuis

la simple surcharge graisseuse jusqu'à une transformation en une masse compacte bosselée, irrégulière qui donne tout à fait l'aspect du sarcome ou du cancer.

Dans les cas que je vous présente, il s'agissait bien de hernies épiploïques. Mais la partie importante de la masse transformée était la partie abdominale.

Au-dessus de la hernie, dans l'abdomen, une tumeur volumineuse occupait une partie considérable de l'abdomen, y avait contracté des adhérences multiples et présentait à l'œil nu des apparences qui pouvaient faire admettre le développement d'un cancer épiploïque.

J'ai opéré le 10 février 1896, à Beaujon, un homme atteint de hernie inguinale droite. Il était âgé de cinquante-quatre ans et portait depuis de longues années une hernie volumineuse et irréductible sur laquelle il appliquait un bandage.

Depuis quelque temps, à la suite d'une attaque de grippe, disait-il, cette hernie était devenue extrêmement douloureuse. Il était entré dans le service et quelques jours de repos avaient calmé la douleur.

Mais il éprouvait une gêne extrême. On constatait chez lui une volumineuse hernie irréductible d'une grande dureté. Au niveau du canal inguinal très élargi, la tumeur se continuait dans l'abdomen que l'on sentait fort dur, malgré l'extrême épaisseur de la couche adipeuse.

Lorsque j'eus fendu largement le canal inguinal, je le trouvai rempli d'une série de kystes descendant dans les bourses et situés en avant d'une masse d'une dureté extrême, fusionnée avec les parois et se continuant en un cordon très dur dans l'abdomen. Je prolongeai très haut mon incision sur la paroi abdominale, et la main introduite dans l'abdomen me permit de circonscrire et d'énucléer une masse énorme qui remplissait tout le petit bassin et remontait dans l'abdomen au ras du côlon transverse.

La dissection en fut extrêmement laborieuse et je dus, pour la séparer du côlon, faire un grand nombre de ligatures isolées sur le côlon.

J'avais en bas disséqué très péniblement le testicule et le cordon. Je reconstituai la paroi en appliquant très largement mon procédé de cure radicale. Je plaçai sept fils en U et dix fils simples et j'eus une juxtaposition de paroi très satisfaisante. J'ai eu l'occasion de voir depuis ce malade en très bon état. Cette opération extrêmement laborieuse avait duré deux heures. La tumeur était constituée par une masse lardacée qui avait toutes les apparences de l'épiploon enflammé. Elle contenait des épanchements de sang noirâtre, comme si elle avait été le siège de contusions.

La guérison rapide du sujet, et, quand je le revis, l'absence de toute récidive, me confirmèrent dans mon opinion qu'il s'agissait d'une forme d'épiploïte dont le point de départ était dans la hernie inguinale et qui s'était propagée à l'ensemble de l'épiploon dans l'abdomen.

Le 3 mai 1900, j'ai opéré un malade qui m'avait été présenté par le Dr Orcholle, de la Ferté-sous-Jouarre. Cet homme, âgé de quarante-cinq ans, était atteint de sa hernie depuis l'âge de dix-huit ans. Sa hernie était extrêmement volumineuse, mais il prétendait qu'elle rentrait habituellement. Il portait un bandage peut-être appuyant sur une partie irréductible. Mais, en tout cas, celle-ci était habituellement peu sensible, tandis que depuis quelques semaines, elle était devenue irréductible et très douloureuse. Il avait eu des coliques extrêmement violentes, accompagnées de vomissements et bien qu'à son entrée à l'hôpital il n'eût plus de vomissements, il souffrait encore beaucoup. Je l'opérai le troisième jour de son entrée, après l'avoir purgé.

Chez cet homme, on pouvait constater la présence d'une masse très dure, occupant les bourses. Il s'agissait d'une hernie inguinale gauche. Cette masse irréductible et douloureuse se continuait manifestement avec une masse intra-abdominale qui s'étalait au-dessus du niveau du pli de l'aine et remontait au-dessus de l'ombilic vers l'ombilic.

Je ne fis pas de doute que je n'eusse affaire à une masse analogue à celle que j'avais observée dans le cas cité plus haut, et d'emblée je fis mon incision de la paroi antérieure du canal inguinal prolongée sur l'abdomen.

Je vis bien vite que la masse des bourses était si bien fusionnée avec le cordon que je perdrais un temps précieux à l'isoler, tandis qu'en supprimant le testicule j'aurais l'avantage de reconstituer la paroi dans d'excellentes conditions.

D'emblée, je pus donc circonscrire en bas toute la tumeur des bourses.

En haut, la tumeur était en quelque sorte fusionnée avec la paroi abdominale antérieure, et le décollement en fut très laborieux. Je la détachai des franges du gros intestin; puis, en arrière, je trouvai la masse prise en des adhérences récentes, mais très intimes, avec des anses d'intestin grêle repliées sur elles-mêmes.

Je détachai ces adhérences sur une étendue considérable. Elles étaient tellement saignantes que je dus les laisser enveloppées dans une compresse jusqu'à la fin de l'opération pour arrêter cette hémorragie de surface.

La tumeur remontait jusqu'au bord inférieur du côlon, et là je fus surpris de voir qu'elle lui était rattachée par une portion

d'épiploon formant une sorte de *pédicule étroit* qui me paraissait *tordu sur lui-même.*

J'eus immédiatement la pensée de comparer cette torsion à celle du pédicule des kystes de l'ovaire et je pensai que cette torsion avait pu jouer un rôle dans la pathogénie des accidents. Cette supposition était d'autant plus légitime qu'à la coupe la masse épiploïque lardacée avait un aspect d'infiltration verdâtre et comme gangreneuse, très comparable à l'aspect des kystes à pédicule tordu.

La séparation de ce pédicule du côlon fut aisée ; toutefois je multipliai les fils de catgut sur le côlon pour ne pas ramasser les débris de l'épiploon sur la paroi du côlon de façon à gêner la circulation intestinale.

Je laissai les intestins reprendre la place des masses disséquées; et après le nettoyage à l'eau phéniquée forte, dans ce cas comme dans mon cas ancien, je refermai le ventre sans drainage abdominal.

Je fis la réfection de la paroi comme je l'avais fait la première fois. L'absence du cordon, que j'avais sectionné et lié très haut, me facilita beaucoup cette réparation; huit fils en U furent placés.

Je drainai à l'extérieur, superficiellement. Comme je le fais toujours dans les cas dans lesquels j'ai rencontré des adhérences intestinales considérables, je fis purger le malade dès le lendemain.

Les suites ont été excellentes et l'opéré est en bonne voie de guérison.

Sur la pièce fort intéressante que voici, vous pouvez voir d'abord qu'il existe deux portions très distinctes. Une portion herniaire, celle qui était renfermée dans les bourses et le canal. Au-dessus, un rétrécissement, puis une tumeur beaucoup plus volumineuse, celle qui occupait l'abdomen et remontait au-dessus de l'ombilic.

A la coupe, dans les deux parties de la tumeur, vous voyez une masse lardacée de coloration un peu jaune avec des teintes verdâtres. La tumeur était fort distendue par du sang; il y en avait d'épanché en plusieurs points.

Vous pouvez voir que la fusion avec les éléments du cordon est telle que nous n'aurions eu aucun avantage à en faire la dissection tout en compliquant singulièrement notre opération.

La consistance et l'aspect de cette tumeur transformant l'épiploon sont très particuliers. On doit les comparer à ceux des néoplasmes, en remarquant toutefois que cet aspect se rapproche pourtant un peu de celui que nous observons sur certaines portions enflammées de l'épiploon.

C'est là ce qui m'a fait admettre qu'il s'agissait dans ces deux

cas d'une forme très spéciale d'épiploïte développée au-dessus de la hernie. Ce développement a probablement lieu sous l'influence de troubles dans la circulation de l'épiploon.

Dans ma première opération, la cause de ces troubles ne put être bien déterminée; dans celle-ci il semble bien qu'il y eut une véritable torsion du pédicule vasculaire, comparable à celle que l'on observe dans la torsion du kyste de l'ovaire.

La tumeur enlevée pesait 645 grammes.

M. Cornil, après l'avoir examinée rapidement, nous a dit qu'il ne s'agissait certainement pas de néoplasme, mais d'une masse d'épiploon modifié.

M. Poirier. — Je suis frappé de l'analogie de ces lésions épiploïques avec celles qui résultent de la torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire.

M. Lucas-Championnière. — C'est en effet la première idée qui vient à l'esprit; cependant, il faut remarquer que dans mon premier cas, la torsion de l'épiploon n'existait pas.

M. Lejars. — Je puis citer un cas du même genre, observé par moi il y a un mois. Un homme me fut envoyé à l'hôpital pour une appendicite. Il en avait tous les signes et présentait une grosse masse remplissant la fosse iliaque. Il portait, il est vrai, une hernie du même côté, mais elle était entièrement réduite. Je fis l'incision iliaque de l'appendicite et tombai sur une masse énorme d'épiploon. Pour l'enlever, il fut nécessaire de prolonger mon incision jusqu'aux fausses côtes. J'arrivai ainsi sur un gros pédicule épiploïque, tordu trois ou quatre fois, immédiatement au-dessous du côlon transverse. Cet épiploon fut réséqué : il présentait des modifications analogues à celles que nous montre M. Championnière. La partie inférieure de la masse pouvait descendre dans le sac herniaire. Pendant trois jours, le malade alla bien; malheureusement, c'était un alcoolique endurci, qui succomba dans une attaque de delirium tremens.

M. Potherat. — Je désire vous relater deux faits différents entre eux, mais qui par deux points sont à rapprocher de la présentation de M. Lucas-Championnière.

Voici le premier : il y a quelques années, j'étais appelé à l'Hôtel-Dieu auprès d'un malade qui la veille avait présenté tout à coup des accidents d'étranglement herniaire. Il avait subi le taxis en ville; la tumeur ayant diminué, on avait cru réduire la hernie, et cependant les accidents continuaient avec aggravation; aussi

M. Le Fur, interne de garde, qui m'appelait auprès de ce malade, pensait-il qu'il s'agissait d'une réduction en masse. Je constatai qu'il y avait une hernie inguinale épiploïque manifeste, et audessus de l'arcade crurale une masse volumineuse; j'acceptai le diagnostic de réduction en masse.

Je fis donc, en même temps que l'incision de la kélotomie, la laparotomie latérale : je trouvai dans un sac inguinal ancien une petite masse d'épiploon noirâtre, se continuant dans le ventre avec une grosse masse d'épiploon, noire, d'aspect sphacélique. Cette grosse masse était rattachée au côlon transverse par un étranglement résultant d'une torsion de toute la masse sur son pédicule. Je jetai une ligature à ce niveau, j'excisai tout l'épiploon, je refermai le ventre, et, à ma grande surprise, mais à ma grande satisfaction, le malade, jeune encore, guérit rapidement. C'était la première fois que j'observais cette torsion de l'épiploon qui avait amené des troubles circulatoires simulant la gangrène.

Mon second malade est un paysan de soixante ans, que j'opérai il y a moins d'un an. Cet homme, très vigoureux, présentait dans la bourse droite une tumeur dure, ligneuse, un peu irrégulière, mais arrondie dans l'ensemble. Le testicule avec ses annexes était fondu dans cette masse; impossible de le reconnaître. Au-dessus, un gros cordon, dur, un peu bosselé, remontant dans le canal inguinal, me représentait le cordon spermatique envahi par ce que je pensais bien être un néoplasme testiculo-épididymaire. Depuis quelques mois le malade souffrait, ne pouvait plus travailler, ne mangeait plus, maigrissait, ce qui me confirmait dans l'opinion que j'avais de ce cas.

Je fis donc la castration en réséquant très loin, très haut dans le canal inguinal, le cordon, en un point où il me paraissait plus souple et moins volumineux. Je m'empressai d'examiner la pièce, la tumeur enlevée, et grande fut ma surprise de trouver là de l'épiploon tassé, épaissi, lardacé, dans lequel le testicule était comme perdu. La pièce était absolument identique à celle que nous présente M. Lucas-Championnière ; on avait cru à une dégénérescence néoplasique, et cependant il n'y avait là que des lésions inflammatoires d'une vieille épiplocèle congénitale.

M. Lucas-Championnière. — Je suis très heureux que ma présentation ait amené ces observations de nos collègues. Elles montrent que, s'il s'agit là d'un fait exceptionnel, il y a cependant des cas qui peuvent lui être comparés et qui peuvent amener à l'interpréter.

Je suis très disposé, en effet, à admettre que cet aspect si bizarre, cette consistance et ces phénomènes inflammatoires péri-

phériques, résultent de troubles circulatoires de l'épiploon, et que la torsion des vaisseaux peut en être la cause.

Au point de vue de la pratique de la chirurgie des hernies et de l'abdomen, la connaissance de ces faits me paraît de la plus haute importance.

M. WALTHER. — Je puis citer une observation de torsion épiploïque observée tout à fait au début des accidents. Il s'agit d'un étudiant en médecine porteur d'une hernie inguinale congénitale qui, à la suite d'un exercice de bicyclette, présentait des phénomènes d'étranglement datant de deux heures environ. J'opérai immédiatement et trouvai dans le sac herniaire l'épiploon six fois tordu sur lui-même. La torsion s'était faite entre deux adhérences, l'une existant au fond de la tunique vaginale, l'autre située immédiatement au-dessus du canal inguinal. En détordant l'épiploon, j'ai pu voir la circulation se rétablir aussitôt. Je le réséquai, et la guérison se fit sans incidents. C'est là un fait très rare de torsion de l'épiploon sur lui-même dans la cavité d'un sac herniaire.

Radiographie dans les lésions articulaires.

M. LOISON. — Voici un corps étranger articulaire enlevé depuis deux jours; il confirme les résultats fournis par la radiographie que je vous ai montrée dans la dernière séance.

Élection.

Pour la nomination à une place de membre titulaire.

Nombre des votants : 42.

M. DEMOULIN a obtenu. . . . . 26 voix.
M. NIMIER — . . . . 15 —

Un bulletin blanc.

En conséquence, M. DEMOULIN est nommé membre titulaire de la Société de chirurgie.

Le Secrétaire annuel,

AD. JALAGUIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 16 MAI 1900

Présidence de M. RICHELOT

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Un travail de M. G. NEPVEU, membre correspondant de la Société, intitulé : *Passage des bactériens et des protozoaires intestinaux dans la cavité péritonéale. Rectifications diverses* ;

3° Une lettre de remerciements de M. DEMOULIN, à propos de sa récente nomination au titre de membre titulaire de la Société de chirurgie ;

4° Un travail de M. le Dr A. PLATEL (de Lille), intitulé : *Une méthode de traitement des fractures.*

A propos de la correspondance.

M. TUFFIER dépose sur le bureau une observation de M. le Dr LETOUX (de Vannes), intitulée : *Inondation péritonéale.* Ce travail est renvoyé à une Commission : M. TUFFIER, rapporteur.

M. TUFFIER dépose sur le bureau un travail de M. le Dr ADENOT (de Lyon), intitulé : *Note à propos d'une prostatectomie suivie de guérison.* Ce travail est renvoyé à une Commission : M. TUFFIER, rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

A propos des inondations péritonéales.

M. PAUL REYNIER. — M. Routier, défendant son rapport sur l'inondation péritonéale consécutive à la rupture de grossesses

ectopiques, a émis une opinion qui est une erreur clinique et physiologique, que je voudrais relever.

Il nous dit en effet que « l'injection de sérum doit augmenter la tension vasculaire, et augmenter l'hémorragie ». Or, loin d'augmenter l'hémorragie, les injections de sérum ont une action hémostatique, qui a été reconnue par tous ceux qui se sont occupés de cette question. M. Delbet signale cette action hémostatique dans le travail qu'il a fait paraître. M. Mauclaire en parle. Je trouve encore dans la thèse de M. Faney, qui consacre un chapitre spécial à cette action hémostatique des injections de sérum, l'expérience suivante très démonstrative.

Il sectionne sur un chien, en travers, le muscle couturier. Il se fait une hémorragie en nappe. On éponge de manière à ne pas laisser de caillots se former. Il fait alors une injection de sérum artificiel, et trois minutes après l'injection, on voit se former à la surface de section du muscle un caillot qui arrête l'hémorragie.

J'ai eu, pour ma part, souvent à faire constater à mes élèves cette action hémostatique et je pourrais en apporter ici de nombreux exemples.

Je ne crois donc pas qu'on puisse mettre en doute cette action hémostatique des injections de sérum, action sur laquelle M. Hayem le premier avait appelé l'attention. Je cite textuellement les lignes suivantes, qu'il a écrites dans son livre sur *le Sang* (p. 144).

« Des expériences que j'ai faites permettent de considérer la transfusion comme un moyen de produire l'hémostase, en augmentant la coagulabilité du sang stagnant. Mais le sang complet est le moins actif de tous les liquides qui pourraient dans ce but être injectés dans les vaisseaux. On pourrait donc, dans les cas où la coagulabilité du sang paraîtrait plus effacée, se servir de sang défibriné ou de sérum; peut-être réussirait-on parfaitement avec la solution chlorurée sodique à 0,70 p. 100. »

Pour expliquer cette action hémostatique, tous les auteurs admettent avec M. Hayem que c'est en augmentant la coagulabilité du sang. Peut-être pourrait-on ajouter un autre facteur, ainsi que je l'ai fait soutenir par un de mes élèves, le Dr Desmons, dans sa thèse inaugurale.

L'introduction d'une certaine quantité de sérum dans les vaisseaux agit sur la paroi vasculaire, dont elle réveille la tonicité, et est le point de départ d'un réflexe qui se traduit au dehors par le frisson et au dedans par la contraction des vaisseaux de la périphérie, pendant que ceux des voies d'élimination se dilatent pour permettre l'élimination rapide du liquide en excès.

Les expériences de Roger, qui montrent que l'excitabilité réflexe

de la moelle est augmentée par les injections de sérum, viennent à l'appui de cette manière de voir.

C'est cette contraction des vaisseaux qui, s'ajoutant à la coagulabilité du sang, favorise dans une certaine mesure l'hémostase.

M. Pierre Delbet. — M. Reynier a eu l'amabilité de rappeler des expériences que j'ai faites sur l'action hémostatique des injections intra-veineuses. Cette action est très réelle et très puissante. Dans certains cas, après des injections massives. le sang devient si coagulable chez le chien qu'il se prend en masse au sortir même de l'artère. Mais ce n'est pas de cela que je veux parler.

Il a été question de l'augmentation de pression qui se produit sous l'influence des injections intra-veineuses. Ceci demande à être précisé. J'ai fait pour cela des expériences dans le laboratoire de M. Dastre, à la Sorbonne, et ces expériences ont été communiquées à la Société de biologie, en 1896. Elles ont été faites avec toute la précision que comporte la physiologie moderne. Toutes les pressions ont été prises avec le manomètre à mercure et enregistrées. Je ne puis entrer ici dans le détail, mais je tiens à rappeler le résultat le plus important et aussi le plus curieux qu'elles ont donné.

Les injections intra-veineuses, quelle que soit leur quantité, n'élèvent pas la pression artérielle d'un animal sain. Lorsque, par une saignée abondante, on a considérablement abaissé la pression, on la ramène facilement à la normale, mais on ne peut aller plus loin. Par exemple, si on enlève brusquement à un chien de taille moyenne un litre de sang, la pression artérielle s'abaisse de plusieurs centimètres. Par une injection intraveineuse, on peut faire remonter la pression très rapidement et la ramener au taux normal. Dès que ce taux est atteint, on a beau continuer l'injection, la pression ne s'élève plus. Il y a certainement un mécanisme régulateur qui entre alors en jeu, mécanisme très complexe, très difficile à analyser, mais d'une action très puissante.

M. Paul Reynier. — J'ai fait les mêmes expériences que M. Delbet, et je suis arrivé aux mêmes conclusions. La tension sanguine, qui se relève sous l'influence des injections intraveineuses, ne s'élève pas au-dessus de la normale. Et si elle ne s'élève pas, c'est à cause de la filtration rapide par les reins de l'excès de liquide, filtration sur laquelle j'appelais tout à l'heure l'attention.

M. Poirier. — Que l'injection intraveineuse soit hémostatique, cela n'est pas douteux; les expériences l'ont prouvé. Mais, ce qu'elles n'ont pas prouvé, c'est qu'elle puisse faire l'hémostase d'une artère blessée quand celle-ci est de quelque importance,

comme l'ovarienne qui irrigue une grossesse salpingienne et dont le calibre est de plus de 2 millimètres. Donc, je persiste à croire comme M. Routier qu'il faut lier d'abord l'artère qui saigne.

M. Tuffier. — L'action du sérum est indiscutable, même pour les vaisseaux volumineux. Il me semble indiqué à ce propos de rappeler l'expérience princeps de Hayem. Il plaçait une pince sur la jugulaire interne et n'avait pas de caillot; mais si, après une injection de sérum, il plaçait la pince sur la jugulaire du même animal, le sang se coagulait. Il suffit donc d'adultérer la composition du sang pour amener la coagulation.

M. Routier. — Je n'ai pas dit que l'on élevait la tension sanguine au-dessus de la normale, mais qu'on la faisait remonter, puisqu'il s'agit de malades ayant subi une grande perte de sang. Je crois sans doute aux expériences dont on parle, mais je dois insister sur le fait suivant. Il y a trois ans, alors que j'avais pour interne M. Descazals, j'eus à enlever un gros fibrome dans de très mauvaises conditions. Je fis, pour relever les forces de la malade, des injections de sérum les jours qui précédèrent l'opération. Malgré toute la diligence que j'y pus mettre, l'opération fut assez sanglante. Après l'hystérectomie, j'injectai un litre de sérum intraveineux. Il pouvait être alors midi. Je partis. Une demi-heure après environ, M. Descazals fut rappelé en toute hâte. La malade saignait. Il rouvrit le ventre, tamponna et referma, puis injecta de nouveau 500 grammes de sérum. Vers 3 heures, il fut rappelé et refit un nouveau tamponnement. Je dus rouvrir encore à 9 heures du soir. Bien que la malade ait guéri, il m'est difficile de croire beaucoup au pouvoir hémostatique du sérum. C'est pourquoi je répète qu'il ne faut pas s'attarder à injecter du sérum en cas d'hémorragie; il faut courir à la source du mal, lier les vaisseaux qui saignent, et, une fois l'écoulement sanguin arrêté, ou pendant l'opération, j'admets parfaitement que l'on ait recours au sérum, mais je ne comprends pas qu'on retarde l'intervention d'un seul instant, je ne crois pas à l'action hémostatique du sérum.

Discussions

De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose rénale.

M. Albarran. — Le travail de M. Pousson a posé devant la Société de chirurgie l'importante question des indications opératoires dans la tuberculose rénale. Les quelques mots que nous avons dits MM. Tuffier, Reynier et moi, prouvent que nous n'envi-

sageons pas de la même manière ni les indications de la néphrectomie elle-même, ni celles de l'urétérectomie.

M. Tuffier a écrit dans nos Bulletins que les chirurgiens se rallient successivement aux idées qu'il soutient depuis dix ans et qu'il a établi que la néphrectomie est le procédé de choix dans l'immense majorité des cas. Je crois devoir faire remarquer, en ce qui me concerne, que je n'ai jamais accepté les indications telles que M. Tuffier les a exposées et que les opinions de notre collègue se sont modifiées sur ce point.

En 1896, je soutenais devant le Congrès de chirurgie que la néphrectomie primitive était indiquée, toutes les fois que les deux reins n'étaient pas atteints et qu'il n'existait pas de lésions tuberculeuses graves d'autres organes. L'année suivante, à la Société de chirurgie, M. Tuffier dit : « Je commence par bien déclarer que je considère l'intervention opératoire en matière de tuberculose comme une dernière ressource, à laquelle on est conduit par l'échec d'une thérapeutique médicale longtemps poursuivie. » Il n'opère que lorsqu'il existe des accidents d'hématurie, de douleur intense ou d'infection et, dans ce dernier cas, il pratique surtout la néphrostomie. L'année suivante, en 1898, M. Tuffier écrit encore : « Elle (la tuberculose rénale) ne relève de la *chirurgie* que dans des cas bien déterminés : 1° l'éradication du foyer doit être possible; 2° il faut que l'un des accidents provoqués par la maladie menace les jours du malade. En dehors de ces circonstances, cette affection est du ressort de la *médecine*. » En 1899, dans la 2e édition du *Traité de chirurgie*, M. Tuffier est plus partisan du traitement chirurgical et de la néphrectomie en particulier, il dit pourtant encore que les accidents douloureux sont souvent justiciables des moyens médicaux et que ces mêmes moyens « suffisent dans la pyélonéphrite tuberculeuse lorsque les produits infectieux se drainent à travers l'uretère ».

A l'heure actuelle, je crois que M. Tuffier est bien près d'accepter mes idées en abandonnant son ancienne manière de voir et qu'il croit *qu'il faut intervenir le plus tôt possible*, dès que le diagnostic « tuberculose rénale » est posé, même lorsqu'il existe des lésions tuberculeuses peu importantes d'autres organes. Le traitement médical complète l'action chirurgicale mais ne peut la remplacer. Je n'insiste pas sur ces points puisque, à l'heure actuelle, nous pensons tous de la même manière. Nous sommes encore en désaccord avec M. Tuffier sur la valeur du cathétérisme urétéral et sur les indications respectives de la néphrectomie : j'ai l'espoir de modifier son opinion par la lecture des documents que j'ai l'honneur de vous présenter aujourd'hui.

J'ai dit que la néphrectomie est le plus souvent indiquée et que

les cas sont rares où la néphrectomie doit être pratiquée. Pour le démontrer j'envisagerai séparément les cas dans lesquels la tuberculose ne s'accompagne pas de rétention rénale et les pyonéphroses tuberculeuses.

I. *Il n'y a pas de rétention rénale.* — Ce groupe comprend la très grande majorité des reins tuberculeux; or, dans tous ces cas, il ne faut point intervenir ou il faut pratiquer la seule opération rationnelle, l'extirpation du rein malade. La néphrostomie ne s'adressant qu'à la poche de rétention rénale ne trouve jamais son indication lorsque la rétention n'existe pas.

Je pense que, dans les tuberculoses rénales sans rétention, lorsque le second rein est sain et qu'il n'existe pas ailleurs des lésions bacillaires importantes, la néphrectomie est indiquée. Je tiens à m'expliquer sur ces deux points.

A. *Etat du rein du côté opposé.* — On ne doit, à mon avis, chez aucun malade, extirper un rein sans s'être assuré de la valeur fonctionnelle du rein qui reste en place. Dans la tuberculose en particulier, il est indispensable de savoir que l'autre rein est sain avant de se décider à pratiquer la néphrectomie.

Il est un préjugé répandu, qui fait croire à la difficulté extrême, à la presque impossibilité, de connaître l'état des deux reins. Il existe pourtant un procédé, à la portée de tous ceux qui veulent se donner la peine de l'apprendre, qui fait connaître l'état des deux reins et permet presque toujours d'opérer à coup sûr : c'est le cathétérisme urétéral que j'emploie journellement depuis trois ans.

Je tiens à dire ici, où ceux qui pensent d'une manière différente peuvent rapporter leurs observations, que le cathétérisme urétéral est un procédé simple et facile, applicable chez presque tous les malades, qu'il est sans danger et d'une grande utilité pour établir les indications opératoires dans la tuberculose rénale.

La démonstration de ces différentes propositions ressortira à l'évidence de la lecture des observations personnelles suivantes. Je résume autant que possible ces observations dont dix ont été récemment publiées dans la thèse de de Sard (Paris, 1900).

Obs. I. (1). — Femme âgée de trente ans : Cystite; douleurs rénales des deux côtés, plus marquées à gauche. Tuméfaction profonde et douloureuse dans la région du rein gauche; rein droit débordant un peu les fausses côtes, peu douloureux à la pression. Fièvre de 38 à

(1) Les dix premières observations ont été publiées dans la thèse de de Sard, *Cathétérisme urétéral au point de vue du diagnostic*, Paris, 1900.

39 degrés avec poussées. Nombreux bacilles de Koch dans l'urine. Au cystoscope cystite diffuse.

8 juillet 1898, cathétérisme de l'uretère gauche.

Examen des urines :

	REIN GAUCHE (SONDE)	REIN DROIT (VESSIE)
	Urine purulente contenant de très nombreux leucocytes, des globules rouges. Bacilles de Koch nombreux.	Urine contenant des leucocytes et des globules rouges en moindre quantité. Pas de bacilles de Koch.
Aspect	Trouble.	Clair.
Couleur	Rouge jaunâtre.	néant.
Odeur	Forte.	néant.
Réaction	Légèrement acide.	acide.
Densité	1012.	1015
Quantité	190 c. c.	850 c. c.
	Par litre.	Par litre.
Urée	10g80	19g50
Chlorures	8 50	10 50
Acide phosphorique	0 90	1 45
Albumine	2 50	0 80

Néphrectomie, le 27 juillet 1898. Guérison. Le rein enlevé présentait de la pyonéphrose tuberculeuse et des cavernes corticales. Malade revue le 12 avril 1900. Urine toutes les deux heures, sans douleur; urines claires. L'uretère gauche qu'on sentait avant l'opération comme un gros cordon dur et douloureux, n'est plus senti.

Obs. II. — Homme de trente-quatre ans dont j'ai présenté le rein à la Société de chirurgie le 11 octobre 1899 en donnant l'observation *in extenso*. Ce malade n'avait que des phénomènes de cystite, sans augmentation de volume ni sensibilité dans aucun des deux reins. Par le cathétérisme urétéral pratiqué du côté malade, je trouvai :

	REIN GAUCHE	REIN DROIT
	Urine très purulente, mêmes éléments épithéliaux. Diplocoques, coli-bacille, bacilles de Koch probablement.	Urine jaune clair, contenant quelques cellules épithéliales du bassinet et pas de microbes.
Densité	1006.	1033.
Urée	6 grammes.	17 grammes.
Chlorures	5g1	6g2
Albumine	1 gramme.	0 gramme.
Sucre	Pas.	Pas.

Néphrectomie le 11 octobre 1899. Guérison. La cystite disparaît presque immédiatement après l'opération. En avril 1900, le malade est très bien portant; il a engraissé et rend normalement des urines limpides.

Obs. III. — Femme de trente-trois ans, anciennement atteinte de mal de Pott. Entrée à Necker pour des phénomènes de cystite. Etat cachectique; fièvre à ascension vespérale. Le rein droit, mobile, paraît un peu augmenté de volume. La sonde urétérale se trouvant arrêtée à un demi-centimètre de la vessie dans l'uretère droit, je cathétérise le rein gauche supposé sain.

Examen des urines :

		REIN DROIT (VESSIE)	REIN GAUCHE (SONDE
Quantité		315 cent. cubes.	1080
Aspect		Lég. trouble.	Lég. trouble.
Couleur		Rouge.	Rougeâtre.
Réaction		Alcaline.	Alcaline.
Densité		1012	1014
Urée	(24 heures).	2g 40	11g 10
Chlorures	—	2 90	10 grammes.
Acide phosphorique	—	8 21	0 92
Albumine	—	1 42	1 30
		Dépôt abondant.	Dépôt insignifiant.
		Urines très rouges.	Urine rougeâtres.
		Très nombreuses hématies.	Rares hématies.

La quantité d'albumine trouvée dens le rein sain doit être attribuée à un peu de saignement déterminé par le cathétérisme; pourtant je ne fais, le 20 mars 1898, que la néphrostomie. Pas d'amélioration et néphrectomie le 15 juillet. Guérison. Six mois après, le 24 décembre 1898, cette malade est morte chez elle.

Obs. IV. — Femme de trente ans, ayant eu quelques hématuries. Température de 38 à 40°,5. Crise d'anurie durant sept heures. Rein gauche douloureux et un peu augmenté de volume. Rein droit abaissé.

REIN GAUCHE	REIN DROIT
Très nombreuses hématies, rares leucocytes. Pas de microbes.	Quelques rares hématies.

Examen chimique :

Aspect	Sanglante.		Non sanglante.	
Quantité	1650 c. c.		1100 c. c.	
Densité	1010		—	
	Par litre.	En 24 h.	Par litre.	En 24 h.
Urée	8g35	13g38	13g50	14g70
Chlorures	6 40	9 60	8 70	9 60
Acide phosphorique	0 70	1 16	1 20	1 40
Albumine	1	1 65	0 20	0 22

Le 25 avril 1898, néphrectomie. Guérison. Revue le 12 avril 1900 en parfaite santé. Urines claires. L'uretère gauche, qu'on sentait avant l'opération, qui était tuberculeux et a été laissé en place, n'est plus senti deux ans après.

Obs. V. — Femme de trente-six ans. Douleurs vésicales; douleurs rénales à gauche. On sent l'extrémité inférieure du rein gauche douloureux. Expiration prolongée et craquements au sommet droit.

Examen des urines :

	REIN GAUCHE (VESSIE)	REIN DROIT (SONDE)
Leucocytes nombreux.		Rares leucocytes.
Rares hématies.		Nombreuses hématies.
Nombreuses bactéries.		Pas de microbes.
Très nombreux bacilles de Koch.		Pas de bacilles de Koch.
Aspect.	Trouble.	Légèrement trouble.
Couleur	Jaune très pâle.	Rouge brun.
Réaction.	Faiblement acide.	Acide.
Densité	1005	1027
Urée par 24 heures.	5 gr.	12 gr. 50
Chlorures	2 gr. 80	5 gr.
Acide phosphorique	0 gr. 35	1 gr. 50.

Le 20 juillet 1898, néphrectomie. Guérison. Revue en avril 1900. Urines normales. Etat général excellent. Au sommet droit, signes d'induration; pas de craquements.

Obs. VI. — Homme de trente-cinq ans, ayant eu des hématuries spontanées qui font penser au cancer. Par le cathétérisme urétéral, la sonde, du côté malade, est arrêtée à 10 ou 12 centimètres de la vessie. Je cathétérise le rein sain, et je trouve :

	REIN DROIT MALADE	REIN GAUCHE SAIN
Urine	Très purulente.	Urine limpide.
Quantité.	250 c.c.	1270.
Densité	1015	1016.
Urée en 24 heures .	2gr20	13gr80
Chlorures	3 grammes.	15 grammes.
A. phosph	0gr19	1gr24

Le 24 mai 1897, néphrectomie. Le rein était à la fois tuberculeux et cancéreux. Guérison.

Obs. VII. — Homme de quarante-cinq ans ayant eu quelques douleurs rénales à gauche, mais souffrant surtout d'intenses phénomènes de cystite. La sonde urétérale se trouvait arrêtée du côté malade à 4 centimètres de la vessie. Je sonde l'uretère sain. Analyse des urines.

REIN GAUCHE		REIN DROIT
—		—
Urine jaune, louche.		Urine rouge hémorragique.
Urine de la première heure :		
Globules rouges.		Sang très abondant.
Globules blancs.		Éléments épithéliaux comme ceux de l'autre rein.
Quelques rares cellules du bassinet.		
Urine de la deuxième heure :		
Globules rouges moins abondants.		Éléments épithéliaux très rares.
Globules blancs aussi abondants.		Sang.
Éléments épithéliaux plus abondants.		
Bacilles de Koch.		Pas de microbes.
Pas d'autres microbes.		
Urée	2g7 par litre.	21g43 par litre.
Chlorures	5 5 —	12 3 —
Albumine	6 grammes.	1 gramme (sang du cathétérisme).
Sucre	0 —	0 —

Néphrectomie le 21 septembre 1899 (pyonéphrose). Guérison.

La cystite disparaît : tout va très bien en avril 1900.

Obs. VIII. — Femme de trente-deux ans. Douleurs et crises néphrétiques à gauche : le rein de ce côté ne paraissait pas augmenté de volume, mais il était douloureux à la pression. Cathétérisme urétéral impossible à gauche; est pratiqué du côté droit.

L'entourage de la malade ayant par erreur jeté l'urine du rein gauche, l'analyse des urines correspond, d'une part au seul rein droit dont l'urine était recueillie par la sonde urétérale, d'autre part à la totalité de l'urine rendue le lendemain par les deux reins.

	URINE TOTALE	REIN DROIT (SONDE)
	—	—
Quantité	72 c.c.	45 c.c.
Densité.	1019.	1017.
Réaction	acide.	acide.
Urée	15g30	11g10
Chlorures.	10 60	7 70
Acide phosphorique.	3 grammes.	1 30

De cette analyse résulte que le rein gauche ne contribue pour ainsi dire pas à l'élimination totale.

Le 8 juillet 1897, néphrotomie qui produit une amélioration; les accès de fièvre cependant persistent.

Au mois d'avril 1898, néphrectomie secondaire avec guérison.

En avril 1900, la malade continue dans un parfait état de santé.

Obs. IX. — Femme de trente-six ans. Douleurs rénales à droite et cystite intense. Rein droit augmenté de volume.

	REIN DROIT	REIN GAUCHE
Couleur	Jaune louche.	Rouge hémorragique.
Densité		1017.
Quantité	58 c. c.	54 c. c.
Après centrifugation.		
Couleur	Jaune pâle.	Jaune.
Aspect	Louche.	Clair.
Réaction	Alcaline.	Faiblement acide.
Urée	1g92 p. lit.	17g93 par litre.
Albumine	Nuage.	Nuage.

Examen microscopique.

REIN DROIT	REIN GAUCHE
Globules blancs et rouges. Cellules du bassinet. — de la vessie, abondantes.	Sang. Cellules du bassinet le plus souvent en amas comme dans les desquamations épithéliales.

Le 9 novembre 1899, néphrectomie, guérison, mais la cystite persiste.

Obs. X. — Femme de vingt-trois ans. Plusieurs hématuries. Rein droit volumineux et douloureux. Cathétérisme de l'uretère gauche. Par erreur, les urines du rein droit sont jetées et le liquide recueilli par la sonde ne peut être comparé qu'à la totalité de l'urine émise par les deux reins le lendemain.

	URINE DES DEUX REINS	URINE DU REIN GAUCHE
Quantité	850 c. c.	425 centimètres cubes.
Couleur	Brun rougeâtre.	Jaune brun.
Aspect	Trouble.	Légèrement trouble.
Densité	1009.	1007.
Dépôt	Assez abondant. Nombreux leucocytes, hématies.	Peu abondant; hématies peu nombreuses.
Réaction	Acide.	Acide.
Urée	9 gr. par litre.	9g60 par litre.
Chlorures	9g40 —	2 70 —
Acide urique	0 11 —	0 12 —
Ac. phosphorique	0 95 —	1 10 —
Sucre	0	0
Albumine	2 gr. —	1 gr. —

Le rein gauche cathétérisé était à peu près le seul qui fonctionnait et, par conséquent, on pouvait enlever le rein droit devenu inutile.

Le 15 mars 1898, néphrectomie lombaire. Gros rein en pyonéphrose. L'uretère est réséqué en partie. Il est gros, manifestement altéré. Son extrémité est touchée au thermo-cautère.

Guérison en trois semaines.

En juillet 1898 la malade allait tout à fait bien.

Obs. XI (Inédite). — Mlle N... vingt-sept ans. Il y a sept ou huit ans, colique néphrétique droite avec expulsion d'un petit gravier urique; depuis, occasionnellement, douleurs plus ou moins intenses du même

côté; dans les deux dernières années, les douleurs deviennent plus vives et prennent souvent le caractère de coliques néphrétiques non suivies d'expulsion de calculs; parfois, après les crises, les urines sont sanglantes. Dans l'intervalle des douleurs les urines étaient souvent troubles et contenaient du pus, parfois du sang. Les douleurs rénales étaient aggravées par la marche, surtout par la voiture, et la malade avait fini par ne plus sortir.

Nos confrères de Montpellier Dubrueuil et Imbert diagnostiquent une pyonéphrose calculeuse. En janvier 1899, je trouve à l'examen:

Rein droit de la grosseur des deux poings, modérément douloureux à la pression. Rein gauche non senti. *Vessie*, capacité de 130 grammes. Plusieurs points localisés de cystite avec plissement de la muqueuse qui, à leur niveau, est de couleur rouge ecchymotique. Je soupçonne la tuberculose.

Embouchure urétérale droite située dans une des plaques de cystite; l'embouchure de l'uretère gauche est normale.

Radiographie des reins négative.

Poumons sains.

Cathétérisme de l'uretère droit. La sonde ne pénètre que de 7 centimètres; laissée en place vingt-quatre heures, elle ne donne qu'un peu de pus, sans microbes, et ne détermine pas de douleur. Pendant ce temps on recueille dans la vessie :

Quantité	1100 grammes.
Densité	1015
Réaction	Acide.
Couleur	Jaune ambrée normale.
Aspect	Légèrement trouble.
Albumine	0g 8 par litre.
Urée	17 03 —
Chlorures	8 70 —
Acide phosphorique	1 95 —

Au microscope, leucocytes, quelques hématies, pas de cylindres, pas de bacilles de Koch.

Le 27 janvier 1899, néphrectomie lombaire : c'est une tuberculose caséeuse, forme mastic, avec uretère ulcéré, mais non oblitéré (pièce présentée par M. Cottet à la Société anatomique). Guérison. — Allait bien en janvier 1900.

Obs. XII (Inédite). — Mlle L. B., trente-quatre ans. En octobre 1896, après d'abondantes diarrhées, douleurs rénales vagues. En décembre, cystite avec douleurs intenses et mictions très fréquentes; cet état, avec des périodes en mieux et en pis, a continué jusqu'en mai 1898. L'examen de la malade pratiqué en ce moment donnait :

Rein droit augmenté de volume, douloureux à la pression. *Rein gauche* non senti. *Vessie* : malgré la fréquence des mictions et les douleurs accusées par la malade, la vessie présente une capacité normale

et paraît saine au cystoscope; seule l'embouchure de l'uretère droit paraît un peu rouge. *Uretères* non sentis.

Etat général médiocre; rien aux poumons.

Cathétérisme de l'uretère droit.

	COTÉ DROIT	COTÉ GAUCHE
Urine trouble.		Urine claire limpide.
Densité	1015	1024
Légèrement acide.		Acide.
Acide urique	0g 22 par litre.	0g 30 par litre.
Urée.	10 40 —	18 60 —
Chlorures	6 60 —	19 10 —
Nombreuses hématies, nombreux leucocytes. Rares bactéries, pas de bacilles de Koch.		Pas d'hématies ni de leucocytes. Pas de microbes.

Néphrectomie le 20 mai 1898. Guérison. La malade est tout à fait bien portante en avril 1900.

Le rein contenait plusieurs cavernes et du pus dans le bassinet distendu. L'uretère était sain au niveau de la section.

Obs. XIII (Inédite). — M. H., trente ans. Chaudepisse il y a huit ans. En mars 1897, envies fréquentes d'uriner et quelques douleurs; les urines étaient déjà à ce moment troubles. Deux fois, pendant la miction a rendu un peu de sang. Attaque d'influenza en novembre 1897; depuis, douleurs lombaires sans localisation précise et amaigrissement.

En mai 1898, se plaint de douleurs sourdes dans la région lombaire gauche; les mictions sont un peu douloureuses et se répètent toutes les trois heures.

A l'examen: *Urètre* normal, ainsi que les testicules et la prostate. *Vessie* ayant une capacité de 240 grammes, saine au cystoscope, sauf un peu de congestion au niveau du trigone. *Rein gauche* augmenté de volume et sensible à la pression.

Cathétérisme de l'uretère gauche.

L'analyse de cette urine a été égarée et je puis seulement dire que, à gauche, l'urine était trouble, contenait des bacilles de Koch et avait une faible proportion d'urée. A droite, l'urine était limpide, normale dans sa composition, et ne contenait pas de bacilles de Koch.

Néphrectomie lombaire le 18 mai 1898. Guérison. Dernières nouvelles en octobre 1899; le malade allait tout à fait bien.

Le rein enlevé présentait plusieurs cavernes corticales dont l'une communiquait avec le bassinet. Toutes les cavernes contenaient du pus, sauf une, située à l'extrémité supérieure du rein, qui contenait un liquide citrin limpide. L'uretère était normal au niveau du point de section.

Obs. XIV (Inédite). — Femme de trente ans, entrée d'abord dans le service de M. Pozzi, à l'hôpital Broca, où j'ai pratiqué le cathétérisme

urétéral; passe à Necker le 7 avril 1900. Cette femme a toujours eu une santé délicate. En 1894, ovariotomie double, pour des kystes, depuis a toujours souffert de douleurs abdominales vagues. Il y a cinq ans, on lui conseille une ceinture pour rein mobile *droit* douloureux; depuis un an, les douleurs et les crises existent à gauche; pendant les crises l'urine est supprimée; après les crises, émission d'urines mélangées de sang et de pus. Douleurs très vives pendant les mictions, qui se répètent toutes les demi-heures.

A l'examen, rein droit mobile, ne me paraît pas gros; rein gauche guère plus gros, mobile lui aussi, et en outre douloureux à la pression. Urines troubles contenant de nombreux leucocytes, quelques hématies et pas de microorganismes. Pas de bacilles de Koch (trois examens). Vessie, 140 grammes de capacité. Uretères non sentis. Etat général mauvais; malade très amaigrie, ayant irrégulièrement des accès de fièvre; très mauvaises digestions.

Cathétérisme de l'uretère gauche le 9 mars 1900.

Rein gauche	32 c. c.	Rein droit	55 c. c.
Densité.	1011		1016,5.
Urée	11g53 par litre.		16g65 par litre.
Chlorures	8 2 —		2 60 —
Albumine	1 35 —		50 centigrammes.

Par centrifugation, depôt blanc, homogène, comme membraneux. Il contient des hématies, des leucocytes en abondance, de rares cellules des voies urinaires supérieures, un bacille court, trapu, polymorphe. Pas de bacilles de Koch.

Dépôt rouge hémorragique, peu abondant. Il contient les éléments histologiques du sang. Le même bacille que dans le rein gauche, mais peu abondant.

L'*examen cystoscopique* avait montré des lésions légères de cystite, sans ulcérations.

Le 14 avril, néphrectomie gauche. Le rein gauche contient plusieurs cavernes; le bassinet est dilaté, épaissi, ainsi que l'uretère. Aujourd'hui, 15 mai, la malade est guérie.

Je disais tout à l'heure que *le cathétérisme urétéral est presque toujours applicable chez les malades atteints de tuberculose rénale.*

Le nombre relativement considérable d'observations que je vous présente aujourd'hui comprend la presque totalité des malades soupçonnés de tuberculose rénale que j'ai eus à soigner depuis que j'emploie le cathétérisme urétéral. J'ai pu appliquer ce mode d'exploration toutes les fois que je l'ai jugé utile, c'est-à-dire chez tous les malades qui ne présentaient pas de lésions très étendues de cystite et qui, exempts de tuberculose généralisée à différents organes, me paraissaient pouvoir être opérés. Plusieurs de ces malades étaient profondément cachectiques. Le cathétérisme urétéral peut être pratiqué facilement lorsque la

capacité vésicale atteint 140 ou 150 grammes ; il est encore possible lorsqu'on ne peut introduire dans la vessie que 60 ou 80 grammes de liquide. Chez presque tous les malades dont je vous ai donné l'observation, le cathétérisme a été pratiqué sans aucune anesthésie ; chez deux d'entre eux j'ai eu recours à la chloroformisation ; chez quelques autres à une instillation de cocaïne.

Dangers du cathétérisme urétéral en cas de tuberculose rénale. — La crainte de déterminer des accidents graves, celle surtout d'inoculer la tuberculose au rein sain, est naturelle chez les chirurgiens qui n'ont guère l'habitude du cathétérisme urétéral. Après une expérience très étendue, après avoir pratiqué plusieurs centaines de fois le cathétérisme des uretères, j'ai le droit de dire que, lorsque les précautions nécessaires sont prises, le cathétérisme urétéral est une manœuvre inoffensive. On n'infecte pas plus le rein par le cathétérisme urétéral qu'on n'infecte la vessie par le sondage de l'urètre.

En cas de tuberculose probable ou confirmée, les précautions suivantes me paraissent indispensables.

Le cystoscope et tous ses accessoires, y compris les fils conducteurs, doivent être stérilisés ainsi que les sondes. On obtient facilement cette stérilisation avec l'étuve thermo-formogène que j'ai fait construire par M. Collin, qui permet de stériliser l'appareil optique sans le détériorer.

La vessie est bien lavée ainsi que l'urètre avec de l'eau boriquée et, lorsque le cystoscope est introduit, avant d'ouvrir l'onglet, c'est-à-dire avant que la sonde soit en contact avec le liquide vésical, on examine la vessie pour savoir si elle est ou non tuberculeuse.

On cherche ensuite l'orifice urétéral et on n'ouvre l'onglet que lorsqu'on est prêt à introduire la sonde dans l'uretère : lorsque l'uretère est bien en vue, il suffit de quelques secondes pour que la sonde soit introduite dans son intérieur. Il y a donc, lorsque le cathétérisme est bien fait, un temps très court pendant lequel la sonde se trouve en contact avec l'eau boriquée qui remplit la vessie préalablement lavée.

Il vaut mieux, en règle générale, cathétériser toujours le côté malade et cette règle est absolue lorsqu'il existe des lésions vésicales tuberculeuses : l'urine du rein sain est recueillie dans la vessie, ce qui suffit dans presque tous les cas. On pourrait craindre, *a priori*, que l'urine du rein sain recueillie dans la vessie ne soit mélangée aux produits sécrétés par la vessie ou à l'urine du rein malade qui pourrait filtrer le long de la sonde introduite dans l'uretère. On peut éviter ces causes d'erreur, assez

rares d'ailleurs, en prenant quelques précautions fort simples.

On se met en garde contre la filtration de l'urine du rein malade le long des parois de la sonde urétérale, en employant des sondes du n° 7 ou 8, qui remplissent assez bien l'uretère. En outre, on regarde avec le cystoscope l'orifice urétéral pendant qu'on injecte un peu d'eau boriquée dans le bassinet : si la sonde est bien placée et de bon calibre, lorsqu'on a injecté 20 ou 30 grammes de liquide, le malade souffre dans le rein et on constate que le liquide ne revient pas dans la vessie.

Lorsqu'on recueille l'urine d'un des deux reins dans la vessie, on ne peut éviter absolument qu'elle se mélange aux produits sécrétés par la vessie, mais l'erreur est ici encore presque toujours négligeable. Je ferai remarquer tout d'abord que la vessie a été au préalable bien lavée, que l'urine du rein recueillie dans la vessie avec une sonde à demeure ne fait que passer dans ce réservoir et que, en pratique, on recueille assez de liquide en une ou deux heures. Mais il importe surtout de considérer que si les sécrétions vésicales peuvent à la rigueur troubler légèrement l'urine ou y ajouter quelques microbes, elles ne sauraient modifier les conditions de sécrétion du rein ni ajouter des cylindres à l'urine. Or, l'analyse de mes observations démontre à l'évidence que dans la tuberculose rénale, même légère, la composition chimique de l'urine, la perméabilité au bleu de méthylène et le degré cryoscopique de l'urine, sont modifiés; souvent encore l'urine contient des cylindres. Il en résulte que, au point de vue chimique, on peut considérer comme sain le rein dont l'urine recueillie dans la vessie démontre le fonctionnement normal, alors même que cette urine serait un peu troublée par le fait de la cystite que le cystoscope aurait d'ailleurs fait constater.

Si malgré cela on a des doutes et si la vessie ne présente pas de lésions tuberculeuses, on peut sans crainte cathétériser le rein sain. Dans ces mêmes conditions on peut sonder l'uretère sain si la sonde ne peut pénétrer du côté malade. J'ai suivi cette pratique, sans aucun inconvénient, chez plusieurs des malades dont je vous présente les observations. La crainte d'infecter le rein est illusoire, comme le prouve aujourd'hui l'expérience. Le raisonnement, d'ailleurs, pouvait le faire prévoir ; la sonde urétérale ne fait que traverser le liquide propre dont on a rempli la vessie, et il y a longtemps que j'ai démontré qu'il ne suffit pas d'introduire quelques micro-organismes dans l'uretère pour infecter le rein. Au surplus je recommande toujours, avant de retirer la sonde, de laver le bassinet avec de l'eau boriquée et, en retirant la sonde, d'injecter dans le bassinet et tout le long de l'uretère une solution de nitrate d'argent au 1/1000.

Je serai bref en ce qui regarde l'*utilité* du cathétérisme urétéral dans la tuberculose rénale. Les quatorzes observations dans lesquelles j'ai pu déterminer avec précision qu'un seul des reins était malade et quelle était sa valeur fonctionnelle valent mieux que de longs commentaires.

Chez plusieurs de ces malades, et j'attire l'attention sur ce point important, *j'ai pu faire le diagnostic de lésions rénales absolument latentes et peu avancées* dans leur évolution, ce qui m'a permis d'opérer dans des conditions exceptionnellement avantageuses. M. Pousson ignorait ces observations lorsqu'il nous disait qu'on n'était encore intervenu dans la tuberculose sans infection secondaire que guidé par l'hématurie ou les douleurs. Il y a déjà un an que je vous ai présenté un rein tuberculeux enlevé par la néphrectomie chez un malade qui n'avait présenté aucun symptôme de lésion rénale : je vis ce malade en consultation avec M. Périer, je fis le cathétérisme urétéral qui révéla la lésion jusqu'alors non soupçonnée d'un rein, j'opérai et le malade guérit.

Chez les quatorze malades dont je vous ai résumé l'observation, le cathétérisme urétéral m'avait démontré qu'un seul rein était malade; j'ai pratiqué dans tous ces cas la néphrectomie et tous les malades ont guéri; je démontrerai encore la grande valeur du procédé avec les deux observations suivantes concernant des tuberculoses rénales en apparence peu avancées ; dans ces deux cas je me suis abstenu d'opérer parce que les deux reins étaient atteints. Rien ne pouvait faire soupçonner la bilatéralité des lésions que le cathétérisme urétéral démontra.

Obs. VX. *Tuberculose rénale gauche. Le cathétérisme des uretères démontre qu'il existe des lésions bilatérales et fait rejeter l'intervention.* — Mme M..., trente-deux ans, souffre depuis deux ans de phénomènes de cystite, fréquence des mictions, douleurs, urines troubles, petites hématuries terminales. Elle n'a jamais présenté de symptômes de maladie rénale.

La recherche de bacilles de Koch, faite à plusieurs reprises à Berlin, a été nulle, et le diagnostic fait dans cette ville était celui de *cystite probablement blennorragique.*

A l'examen, on trouve une capacité de 90 centimètres cubes; le rein gauche un peu douloureux à la pression, mais ne présentant pas d'augmentation de volume.

Le 25 octobre 1899, je pratique à la maison de santé de la rue Blomet le cathétérisme urétéral sans chloroforme.

L'examen cystoscopique montre la muqueuse vésicale enflammée, rouge, avec de petites ulcérations douteuses au point de vue tuberculose en arrière du trigone.

Le rein gauche soupçonné malade est cathétérisé, et l'urine recueillie par la sonde et celle du rein droit recueillie dans la vessie sont examinées, dans mon laboratoire, par M. Léon Bernard.

	REIN GAUCHE (SONDE)	REIN DROIT (VESSIE)
	—	—
Couleur.	Jaune pâle.	Jaune un peu foncé.
Aspect	Limpide avec grumeaux fins en suspension, nombreux.	Trouble avec les mêmes grumeaux.
Densité	1007.	1009.
Dépôt.	Globules blancs; cellules ovoïdes ou rondes du bassinet; petite cellules des tubes urinaires; fragments de cylindres hyalins, rares.	Globules blancs; cellules de la vessie; *petites cellules des voies urinaires supérieures*, rares.
Microorganismes.	Colibacilles assez abondants; pas de bacilles de Koch.	Colibacilles plus rares; pas de bacilles deKoch.
Urée	7g68 par litre.	10g24 p. lit.
Chlorures	6 » —	7 » —
Phosphate. . . .	0g48 —	0g75 —
Albumine	0 50 —	0 75 —
Sucre	Pas.	Pas.
Δ.	: — 0g70	: — 0g81.

Cet examen permet de constater que les deux reins sont malades : en présence de ces lésions doubles, je décide de ne pas intervenir et j'institue un traitement général.

Je revois la malade en janvier 1900 et je constate que son état est le même. M. L. Bernard fait l'examen des urines et y trouve des bacilles de Koch.

Obs. XVI. *Tuberculose rénale gauche. Le cathétérisme des uretères démontre l'existence de lésions bilatérales et fait rejeter l'intervention.* — Mme D..., quarante-cinq-cinq ans, présente des phénomènes de cystite; mictions fréquentes, toutes les heures.

Rein gauche non sensible à la pression, mais seulement au ballottement.

L'examen cystoscopique fait découvrir une muqueuse vésicale un peu rouge, sans lésions tuberculeuses. La capacité vésicale est de 150 grammes.

Le 23 octobre 1899, on cathétérise le rein gauche et l'*examen des urines* est pratiqué par Léon Bernard.

	REIN GAUCHE (SONDE)	REEIN DROIT (VESSIE)
	—	—
Couleur. . .	Après dépôt, plus pâle que celle de la vessie.	Jaune pâle.
Aspect. . .	Trouble.	Trouble.
Réaction . .	Faiblement acide.	Acide.
Densité . . .	1008.	1010.
Dépôt. . . .	Sang; quelques rares cellules du bassinet.	Globules rouges, globules blancs plus abondants; *petites cellules voies urinaires supérieures*; *cellules du bassinet polymorphes striées abondantes.*
		Cylindres granuleux hyalins, assez rares.
Urée	7g68 par litre.	14g09 par litre.
Chlorures. .	5g3 —	4 grammes —
Phosphates .	0g60 —	1g07 —
Albumine. .	1 gramme —	0g75 —
Sucre . . .	Pas.	Pas.
Δ.	0g61.	Δ : 0g79.

L'urine des deux reins contenant de l'albumine, ayant un degré cryoscopique très faible et présentant le dépôt consigné dans l'examen précédent, je décide, en présence de lésions bilatérales, de ne pas opérer.

La malade revue à la fin de l'année 1899, après traitement général, va beaucoup mieux.

Je conclus de ces quelques réflexions que le cathétérisme urétéral est un procédé simple, facile, sans danger, qui nous permet de reconnaître chez les tuberculeux opérables l'état des deux reins, et que son emploi donne à l'action chirurgicale une assurance jusqu'alors inconnue.

B. Lésions tuberculeuses d'autres organes. — J'ai dit en commençant que les lésions tuberculeuses légères siégeant dans d'autres organes ne contre-indiquent pas la néphrectomie. J'ai insisté ailleurs sur ces faits et je me borne à vous signaler parmi les observations que je vous présente aujourd'hui plusieurs malades atteints de cystite simple ou de tuberculose vésicale légère qui ont complètement guéri. Chez deux malades, je vous fais remarquer la guérison, après néphrectomie, de lésions pulmonaires peu avancées.

II. *Pyonéphroses tuberculeuses.* — D'après M. Tuffier, la pyonéphrose par infection secondaire est une indication formelle de la néphrostomie. Je pense au contraire que la pyonéphrose tuberculeuse relève de la néphrectomie primitive lorsque l'autre rein est sain et qu'il n'existe pas dans d'autres organes des lésions très avancées de tuberculose. L'indication me paraît formelle, même lorsque l'état général est très mauvais et la fièvre haute.

Le danger qu'un rein tuberculeux en pyonéphrose fait courir au malade dépend en partie des lésions tuberculeuses elles-mêmes, en partie de la rétention septique par infection secondaire. La néphrostomie n'agit que d'une manière fort incomplète sur le second de ces éléments puisque, le rein ouvert, il reste des foyers anfractueux, source fréquente de nouvelles poussées fébriles. Il arrive souvent qu'après la néphrostomie on n'obtient qu'une amélioration insignifiante; parfois encore il n'y a pas d'amélioration et la néphrectomie secondaire, même précoce, ne peut être pratiquée que dans de très mauvaises conditions. Il ne faut pas se laisser influencer par la fièvre, par l'amaigrissement, par l'état cachectique de ces malades; je sais par expérience que, si l'autre rein est bon, ils supportent très bien la néphrectomie. C'est ainsi que les malades des observations 1, 7, 10, 12 et 14 guérirent rapidement quoique porteurs de pyonéphroses tuberculeuses déterminant des accidents généraux plus ou moins graves.

J'ai revu encore ces jours derniers une autre malade opérée il y a cinq ans d'une énorme pyonéphrose tuberculeuse, dans l'état général le plus grave. Cette femme, dont l'observation ne figure pas dans les 16 que je vous donne aujourd'hui, reste parfaitement guérie.

A mon avis, la néphrostomie ne se trouve indiquée dans la pyonéphrose tuberculeuse que lorsque le malade présente des lésions graves de généralisation tuberculeuse ou lorsque nous nous trouvons dans l'impossibilité de pratiquer le cathétérisme urétéral, ce qui est absolument exceptionnel.

Indications de l'urétérectomie. — Je tiens à justifier en terminant ce que j'ai dit au sujet de l'urétérectomie dans la tuberculose réno-urétérale. Voici ce que j'ai vu.

Chez quatre malades opérés déjà depuis plus d'un an et demi, j'ai trouvé en pratiquant la néphrectomie, des uretères franchement tuberculeux au niveau et au delà du point de section : par suite de conditions particulières, tenant à l'énorme périurétérite ou au très mauvais état général, j'ai cru ne pas devoir enlever tout l'uretère. Chez mon premier malade, je craignais beaucoup une fistule; or, ce malade guérit normalement; chez les autres, ma crainte fut moindre et l'événement justifia mon optimisme, puisque ces malades ont guéri sans fistule. Il y a plus, et chez deux de ces malades, opérées il y a deux ans, on ne peut actuellement pas sentir l'uretère malade par le vagin, alors qu'il formait un gros cordon facilement perçu avant l'opération. Dans ma pratique actuelle, j'enlève une portion de l'uretère sans essayer de poursuivre jusqu'à la vessie l'extrémité inférieure du conduit; je lie l'uretère au catgut et je cautérise au thermo-cautère l'orifice sectionné. J'agis ainsi parce que si tout l'uretère est malade, je serais toujours obligé de laisser un moignon près de la vessie, et parce que je n'ai pas encore vu une fistule persistante chez mes opérés. L'uretère ligaturé s'atrophie et guérit.

Permettez-moi en terminant, de rectifier les chiffres de ma statistique personnelle dans la tuberculose rénale, que j'ai donnés de mémoire dans une précédente séance. J'ai opéré quarante fois pour des reins tuberculeux avec les résultats suivants.

Néphrectomies : 26 cas; 25 guérisons; 1 mort.

Néphrostomies : 14 cas; 13 guérisons; 1 mort.

Sur l'asepsie dans les opérations.

M. Bazy. — Dans une de nos dernières séances, notre collègue Quénu, reprenant une question qui lui tient à cœur, est venu nous convier à une discussion dont l'ampleur soit digne du sujet qui l'occupe : je veux parler de l'asepsie dans les opérations, asepsie des mains, asepsie du malade, ou plutôt des moyens de l'obtenir et de la maintenir. Vous m'excuserez si, à défaut d'ampleur, ma communication a de la longueur.

Il ne peut être question ici de l'utilité de l'asepsie. Nous sommes tous d'accord à ce point de vue. L'asepsie est le commencement de la chirurgie.

Qui dit chirurgie dit asepsie. Nul n'a le droit de faire de la chirurgie s'il n'est propre.

Ceci bien posé, je ne viens pas ici combattre l'emploi des moyens qui permettent d'obtenir cette asepsie.

Je ne défends et ne conteste le droit à personne de se servir de gants pendant les opérations, de mettre un masque, de s'habiller comme il le jugera, de prendre dans sa salle d'opérations telle mesure qui lui convient : ceci est son affaire. Mais je conteste le droit de dire : hors ces moyens, il n'y a pas d'asepsie; et comme, s'il n'y a pas d'asepsie, il n'y a pas de chirurgie, vous allez refuser à tous ceux qui n'emploient pas ces moyens le droit de faire de la chirurgie et vous y arrivez presque en disant qu'il faudrait diviser les chirurgiens en chirurgiens septiques et chirurgiens aseptiques, je veux dire chirurgiens s'occupant d'opérations aseptiques et chirurgiens s'occupant d'opérations septiques. Mais cette distinction, peut-être facile au début, disparaîtrait bientôt : car il faudrait, plus souvent que vous ne le dites, que le chirurgien aseptique se transformât en chirurgien septique, attendu qu'un certain nombre d'opérations présumées aseptiques sont septiques et que des cas aseptiques au moment de l'opération deviennent septiques ultérieurement.

Quand j'ai parlé de gants, je veux faire des réserves.

Si je comprends les gants de caoutchouc qui sont imperméables... tant qu'ils sont intacts... et qui, employés dans des opérations aseptiques, ne laissent pas arriver au dehors les microbes qu'on aurait toujours sur la peau ou dans la peau (!), je ne comprends pas du tout les gants de fil; ceux-ci vont laisser passer ces microbes, qui vont dès lors contaminer le malade, ce qui sera d'autant plus grave que, vous croyant à l'abri sous les gants, vous vous serez peut-être moins bien lavé les mains.

Dans une opération, vous changez de gants, dites-vous. A quel

moment? Est-ce après avoir ouvert un foyer? Est-ce après les avoir ouvert tous? Et si vos gants, qui sont constitués et doivent être constitués par une membrane très mince, sous peine d'émousser vos sensations, se crèvent au milieu du pus ou de liquides septiques, qu'allez-vous devenir? Vous voilà, d'après vos théories, hors de combat pour plusieurs jours.

Inversement, si, dans une opération précédente, vous vous êtes infecté les mains, et même sans les avoir infectées, qu'allez-vous devenir au moment où, ayant tenté une opération aseptique sous la protection d'un gant de caoutchouc, ce gant se crève? Vous devez dans votre théorie infecter l'opéré tout comme si vous n'aviez pas de gant, et peut-être plus facilement, car vous vous serez peut-être encore moins bien lavé les mains.

Vous admettez en outre que le gant ne peut être employé dans certaines opérations sur les os, pour certains débridements sur le doigt comme conducteur; je passe rapidement sur ces opérations. — Mais vous ajoutez qu'il ne peut être employé non plus dans certaines formes d'appendicites aiguës. C'est ici que vous allez vous infecter, et que vous infecterez à votre tour. J'ajouterai encore à ces catégories certaines salpingites et beaucoup de lésions dans lesquelles le concours des doigts pour décortiquer les tissus est indispensable, et où cette décortication, cette séparation sera impossible avec les doigts recouverts de caoutchouc, de telle sorte que les exceptions pourraient devenir la règle.

Qu'allez-vous faire dans ces cas-là, où vous pouvez apporter l' « infection »? Avec l'absolutisme de vos idées, il ne vous reste plus qu'à vous abstenir : *Primo non nocere* est un axiome indiscutable.

Mais ici je viens à votre secours et je vous dis : Que votre conscience soit en repos. Vous avez derrière vous tout un passé d'opérations graves, menées à bien sans le secours des gants. Lavez-vous bien et tout ira bien.

De plus, les hasards de la clinique vous prouvent qu'après une opération septique on peut se désinfecter suffisamment pour mener à bien, quelques heures après, trois, deux, une heure après, une opération aseptique et ne croyez pas que Routier et moi soyons les seuls qui ayons pu faire cette constatation qui a la valeur d'une expérience. Il y en a bien d'autres.

M. Quénu a beau objecter que ce sont des faits exceptionnels.

Assurément, ils sont exceptionnels et ils resteront toujours exceptionnels : parce qu'il ne viendra à la pensée de personne de faire de parti pris une opération septique immédiatement avant une opération aseptique.

Vous admettez que dans les cas où on a pu sans danger faire

une opération aseptique après une opération septique, cette dernière n'était septique qu'en apparence, le pouvoir virulent des liquides était nul. Et vous admettez, comme chose incontestable, la virulence des microbes que vous avez pu recueillir sur la peau ou sur vos gants! L'avez-vous mesurée cette virulence? Ne savons-nous pas qu'il existe une quantité énorme de microbes qui vivent en saprophytes dans notre organisme, et ce sont ces microbes saprophytes que vous trouvez sur votre peau. Sans cela, étant donné le nombre d'érosions, de portes d'entrées qu'ils trouvent, il y a longtemps que nous, chirurgiens, nous serions dévorés.

Néanmoins, je désire revenir sur l'observation présentée par mon ami Nélaton, à savoir qu'il croyait devoir attribuer une mort après une opération de cure radicale de hernie ombilicale, à ce qu'il avait été obligé de panser une malade suppurante; or il pansait cette malade avec des gants de caoutchouc, et il ne l'avait pas vue depuis quatre jours.

S'il a voulu exprimer là une opinion, je n'ai rien à dire: mais s'il a voulu donner une preuve, je proteste; d'autant qu'il a eu l'air de lui donner la valeur d'une preuve expérimentale. Or, dans une opération, il y a l'opérateur principal: c'est lui, dans son opération; mais il y a aussi les aides, il y a les instruments, il y a les objets accessoires, tels que fils, éponge, compresses, etc.; non seulement il oublie de nous prouver qu'il était septique, mais il oublie de nous dire quel était, au point de vue de l'asepsie, l'état des autres éléments de l'opération. Son observation est donc nulle et non avenue.

J'en ai assez dit sur l'asepsie des mains.

Je pense que nous sommes tous d'accord sur les fils à ligature et sur la possibilité de les obtenir aseptiques. Je reste fidèle au catgut et n'emploie le fil que pour les sutures intestinales (c'est après des indications de notre ami Quénu que j'ai substitué dans ce but le fil à la soie).

Je passe à la préparation du champ opératoire. Ici je ne crains pas de le dire : si on adoptait les idées de M. Quénu, il faudrait faire un recul de vingt ans en arrière. Toute la chirurgie d'urgence disparaîtrait.

Comment! il faut donner cinq ou six bains aux futurs opérés si vous voulez les aseptiser! Mais alors comment pourrez-vous opérer d'urgence? Il y aurait beaucoup à dire sur ces bains, mais passons.

Sans appartenir à la catégorie de ces opérateurs que nous connaissons tous et qui, pour des raisons que je n'ai pas à apprécier, fixent au jour même ou au lendemain de bonne heure une opération qui n'a rien d'urgent, M. Quénu estime tout de même qu'il y a certaines opérations qui sont tout à fait urgentes.

De ce nombre sont les hernies étranglées, les occlusions intestinales, certaines plaies pénétrantes ou contusions de l'abdomen, du thorax, de la cavité cranienne, etc. etc.

Eh bien ! avec les idées qu'il soutient, il devrait revenir au taxis, et au taxis prolongé et répété, de si funeste mémoire ; il devrait se souvenir de ces statistiques de plaies pénétrantes de l'abdomen où l'abstention a fourni beaucoup de guérisons. Il devrait s'abstenir, et je m'abstiendrais si j'avais ces idées : car j'avoue que la certitude d'être nuisible retiendrait singulièrement ma main.

En adoptant cette manière de voir, nous devrions repousser tout ce passé de conquêtes dont nous sommes à juste titre fiers et qui sont pour nous d'un si haut enseignement au point de vue spécial qui nous occupe.

Aurions-nous pu constituer toute cette chirurgie d'urgence, si nous n'avions pas tout d'abord été maîtres de notre asepsie ?

On peut donc, moins compendieusement qu'il ne le pense, faire de la bonne chirurgie.

Mettons-nous en face du problème et disons-nous : en présence d'un accident, comme une hémorragie où l'intervention rapide pour sauver la vie d'un malade est indiquée, un chirurgien qui vient de faire une opération septique, peut-il intervenir et doit-il intervenir ? Je suppose le cas analogue à celui où je me suis trouvé.

Laissant de côté la question de l'asepsie de la peau de l'opéré, qui est résolue, je dis hardiment oui. Si, comme dans le cas où je me suis trouvé, et où, comme je l'ai dit, je n'ai pas eu la possibilité de me faire suppléer, le chirurgien ne peut pas se faire suppléer, il peut et il doit, comme je l'ai fait, opérer, car il peut s'aseptiser et guérir son opéré, comme je l'ai fait, je l'ai prouvé et le prouverai *expérimentalement* tout à l'heure.

Eh bien, avec les idées exprimées par M. Quénu, il doit s'abstenir, car il est sûr d'infecter son opéré et le blessé n'est pas sûr de mourir de son accident.

Voilà où une logique trop rigoureuse conduit.

Pour raisonner aussi sévèrement qu'il le fait, il faudrait que nous fussions plus édifiés sur la nature des phénomènes intimes de notre organisme.

Des chirurgiens repoussent l'emploi des antiseptiques. Tout d'abord je dirai qu'ils sont bien obligés de s'en servir pour s'aseptiser eux-mêmes : ils repoussent tout contact d'un antiseptique avec les tissus de l'organisme, sous prétexte que cet antiseptique peut affaiblir la vitalité des tissus. Je doute que : maniés avec légèreté, ils puissent arriver à ce résultat, mais ce dont je suis sûr, c'est que, dans certains accidents infectieux, ils

rendent de fameux services, et j'ai entendu parler de pas mal de conjonctives oculaires et je connais encore plus de muqueuses vésicales, qui se sont fort bien trouvées du nitrate d'argent.

Permettez-moi de conclure que l'asepsie n'est peut-être pas aussi difficile qu'on pourrait le supposer : il ne faut pas la montrer entourée de tant de difficultés qu'on pourrait croire. Il faut surtout apprendre à nos élèves à se bien, souvent et longtemps laver les mains, en prêchant d'exemple : c'est ce que je m'efforce de faire, au point qu'un malade sortant de mon service a pu dire à son médecin en rentrant chez lui : « Il y a dans ce service un tas de petits gommeux qui ne font que se laver les mains. »

Excusez cette citation. Je ne vous cache pas que je la fais avec plaisir.

Je tiens, en effet, comme nous tous du reste, à la propreté. Et c'est de cette façon, par des ablutions fréquentes et sérieuses entre chaque pansement, que l'on peut éviter, dans une salle de suppurants, la contagion; et puisque M. Quénu a évoqué le microbe du tétanos et sa contagion, je puis lui citer des faits qui prouvent que, grâce aux soins de propreté, on peut éviter la contagion du tétanos et la propagation de cette terrible affection.

J'ai pu éviter cette propagation à quatre reprises différentes.

Vous pouvez vous rappeler que j'ai observé quatre cas de tétanos dans mon service, quand j'étais à Bicêtre. Or ces cas de tétanos étaient tous venus du dehors; aucun ne pouvait être considéré comme le résultat d'une contagion dans le service.

C'est à la suite de ces faits que j'ai inauguré les injections préventives de sérum antitétanique, et, depuis ce moment, aucun de mes blessés traité par le sérum antitétanique n'a été atteint.

Il y a cependant eu des lacunes et des erreurs, et le tétanos a fait son apparition dans mon service trois fois. Une fois, à l'hôpital Saint-Louis, chez un malade auquel on avait négligé de faire l'injection préventive. Il n'a contagionné personne. Deux fois à Beaujon, une fois pendant les vacances, au mois de septembre dernier, en mon absence, la surveillante étant en congé; on avait encore négligé l'injection préventive. Personne n'a été contagionné. Enfin, il y a deux mois, un malade opéré d'urgence de hernie étranglée gangrenée et à qui on avait laissé l'intestin ouvert est mort de tétanos. On a trouvé le bacille de Nicolaier dans l'intestin, il avait inoculé la plaie. Celui-là n'a contagionné personne non plus.

On a beau dire que ce sont des faits négatifs, ils n'en ont pas moins leur valeur. Au reste, qu'est-ce qu'un fait négatif? Un fait peut être positif ou négatif alternativement, suivant le point de

vue où l'on se place. Les faits ont leur valeur, et, à eux seuls, ils valent mieux que toutes les doctrines.

Tous ces faits prouvent, à mon avis, qu'il ne suffit pas (et cela a été dit depuis longtemps) de mettre un microbe et un être organisé en présence pour que celui-ci soit détruit par celui-là.

Quoi que nous fassions, nous serons toujours entourés de microbes. Vouloir s'en débarrasser complètement est un mythe. L'important, c'est, d'une part, de les rendre le moins nocifs, le moins actifs possible, et, d'autre part, de mettre aussi l'organisme en mesure de leur résister; et pour cela, ne point trop l'affaiblir ni dans ses fonctions générales ni dans ses fonctions locales, et surtout dans son fonctionnement cellulaire.

Mais ne nous hâtons pas trop de dire que nous possédons la vérité. Si nous jetons un regard en arrière, nous deviendrons un peu plus réservés. Qu'est devenu le spray sans lequel on eût été autrefois considéré comme un affreux réactionnaire? qu'est devenu le protective, la gaze phéniquée dont il était interdit de médire? Où sont les torrents d'eau phéniquée dont on inondait les plaies? De même il en sera peut-être des gants et autres engins. Seule la propreté restera; elle est de tous les temps, et c'est pour s'en être écarté qu'on a eu des désastres.

Frère Jacques guérissait tous ses opérés de la pierre. C'est qu'il avait toujours ses instruments très propres et qu'il se contentait d'appliquer sur la plaie périnéale des compresses de vin bouilli.

Soyons très propres et nous aurons le summum des succès.

A ces considérations théoriques, il m'a semblé utile d'ajouter des faits expérimentaux.

Avec l'aide particulièrement active de mon interne Deschamps, j'ai fait quelques expériences.

Le plan général de ces expériences est le suivant : s'infecter le doigt, le laver et le désinfecter comme nous le faisons pour une opération, c'est-à-dire savonnage et brossage des mains pendant une dizaine de minutes, permanganate de potasse, bisulfite, brossage à l'alcool pur, lavage au sublimé; puis faire une laparotomie, promener le doigt qui avait été infecté dans tout l'abdomen, refermer. Mais comme on aurait pu dire que les agents d'infection que nous avions employés n'étaient pas actifs, étaient dépourvus de virulence, il fallait auparavant démontrer leur virulence, et pour cela prendre un animal de même espèce comme témoin, lui faire préalablement la même opération qu'à l'autre, mais avec le doigt imprégné de l'agent virulent, et, cette première opération septique faite, procéder à l'opération aseptique.

C'est ce qui a été fait pour tous les cas, sauf un.

Voici le résultat de ces expérimentations :

1° Toucher vaginal pendant deux minutes d'un utérus épithéliomateux, raclage de la surface de l'ulcération avec l'ongle.

Pas de lapin témoin.

On se désinfecte les mains et, après laparotomie, on promène le doigt dans l'abdomen d'un lapin. Celui-ci vit et se porte bien comme vous voyez; l'opération a été faite le 11 mai.

Nous aurions pu répéter la même opération après un toucher buccal, un toucher rectal. Cela a paru inutile.

Mais peut-être les sécrétions d'une ulcération cancéreuse ne sont-elles pas nuisibles pour le lapin.

Alors nous avons pris des cultures très virulentes, fournies par notre collègue des hôpitaux, Lesage, et provenant de l'Institut Pasteur; c'étaient des cultures récentes de streptocoque, staphylocoque, coli-bacille.

2° Le doigt a été trempé dans chacune de ces cultures et à trois reprises promené dans l'abdomen; opération faite le 6 mai.

L'animal est mort au bout de quarante-cinq heures; le péritoine était plein de pus.

L'autre, opéré après désinfection et immédiatement après le premier, vit et se porte bien, comme vous voyez.

Mais peut-être, me direz-vous, ces trois microbes réunis ne sont-ils pas suffisamment virulents pour le lapin, quoiqu'ils le tuent en quarante-cinq heures après injection péritonéale.

3° Pour être plus convaincants et plus démonstratifs, nous avons pris le microbe de la septicémie du lapin, qui tue le lapin en douze heures.

Nous avons donc fait l'expérience sur deux lapins. Nous nous sommes servis du sang d'un lapin mort de cette septicémie, que nous avons dilué dans du bouillon de culture; opération faite le 9 mai.

Le lapin témoin, opéré et injecté à 2 heures de l'après-midi, était trouvé mort dans sa cage le lendemain matin. Le péritoine était vascularisé et recouvert d'exsudats.

L'autre vit et se porte bien.

4° Dimanche dernier 13 mai, je vois dans mon service une femme récemment accouchée qui avait un volumineux abcès de la fesse, avec température élevée et état général grave. Je recommande à mon interne de l'ouvrir et de se servir du pus pour faire des expériences.

Il recueille ce pus dans un verre et, pour que ses propriétés virulentes ne s'affaiblissent pas, il le porte à l'étuve.

Dans l'après-midi, il prend deux lapins; il met dans le ventre de l'un son doigt trempé dans ce pus, et referme.

Puis il se lave comme d'habitude, ouvre le ventre à un autre lapin, promène son doigt dans le ventre, comme chez le premier et referme.

Le premier lapin est mort dans la nuit; le lendemain, quand on a fait l'autopsie, il avait du pus dans le ventre.

Le deuxième lapin est mort lui aussi hier dans l'après-midi, plus de quarante-huit heures après l'opération; mais son péritoine était absolument sain; il eût été intéressant de connaître la cause de la mort, l'autopsie a été faite trop tard pour qu'on ait pu avoir des renseignements sérieux.

Mais nous avons une autre expérience qui prouve que notre intervention n'a été pour rien dans la mort de ce dernier lapin.

5° En effet, le jour même où ces expériences ont été faites, entrait le soir, dans mon service, une femme atteinte de hernie crurale étranglée; M. Deschamps me demande de l'opérer. Je n'hésite pas, fort de mon expérience, à le laisser faire; la malade est opérée le soir même à 9 heures : elle se porte bien, pas la plus petite élévation de température. Et c'est cependant une tuberculeuse pulmonaire qui pourrait avoir de la fièvre du fait de ses poumons, sans qu'on pût rattacher cette fièvre à l'opération (1).

Je pense que vous trouverez ces exemples suffisamment démonstratifs, et vous me permettrez de ne pas insister.

Je signalerai quelques particularités intéressantes. Sur le lapin inoculé avec les trois cultures, une partie du liquide avait coulé sur les bords de la plaie et les avait infectés. Je les ai lavés et essuyés; néanmoins la plaie cutanée paraissait être restée aseptique, la survie a été de quarante-cinq heures, ce qui semblerait indiquer qu'on peut éviter l'inoculation de la plaie cutanée dans les opérations septiques où le pus est profond.

J'ai fait une partie de ces expériences avec mon interne : ce n'est pas moi qui ai trempé mes doigts dans les milieux septiques; c'est moi qui ai fait l'opération aux animaux inoculés et j'ai pu être souillé par le liquide.

C'est mon interne qui a fait, au contraire, les opérations aux animaux opérés après désinfection des mains, et je l'ai aidé, après m'être aussi désinfecté.

Me permettrez-vous de vous faire observer que les lapins sont très poilus, qu'ils ne prennent jamais de bains et, qu'en outre, ils ne respectent pas autant nos pansements que le font nos opérés, hommes ou femmes?

La seule préparation que nous ayons fait subir, chez les lapins, à la région opérée, a précédé l'opération de quelques heures : on

(1) Les lapins ont été présentés à la Société de chirurgie.

les a rasés; on n'a pas mis de pansement. De telle sorte que la peau a pu se souiller encore après le rasage.

Immédiatement avant l'opération, la peau a été savonnée, brossée, passée à l'éther et à l'alcool comme une peau humaine.

J'ose à peine dire que le lavage de nos mains s'est fait à l'eau savonneuse non stérilisée.

Depuis ces opérations expérimentales, et dans l'intervalle, nous avons fait à nos semblables des opérations aseptiques, et toutes ont bien évolué, comme les opérations chez les lapins.

Messieurs, c'est par là que je termine. Ces expériences se passent de commentaires.

Je conclus : on peut cliniquement et expérimentalement se désinfecter les mains, même après avoir touché les milieux les plus septiques. Mettez des gants, n'en mettez pas, cela doit peu nous importer. Mais j'estime qu'il est défendu de dire : on ne peut être aseptique que si on a des gants.

L'excommunication n'appartient pas aux milieux scientifiques; l'emploi des gants n'est pas un article de foi.

Communication.

Sur un nouveau procédé de suture cutanée par agrafage métallique,

par M. le Dr P. MICHAUX.

Toutes les fois qu'une opération chirurgicale nécessite une incision un peu longue, 15, 20, 30 centimètres et même davantage, la suture des téguments avec l'aiguille de Reverdin et les crins de Florence nécessite un temps relativement considérable pour l'affrontement, le passage de l'aiguille, le chargement du crin, sa mise en place et la confection du double nœud qui en fait une suture définitive. — En second lieu, la cicatrice cutanée qui résulte de l'emploi des crins de Florence est souvent rayée en quelque sorte d'une série de traits transversaux qui persistent parfois indéfiniment et d'une façon fort disgracieuse.

J'emploie depuis deux ans, un nouveau procédé de suture qui a été imaginé et réalisé par mon excellent ami, le docteur Paul Michel, ancien interne provisoire des hôpitaux; — après les perfectionnements successifs qu'une expérience de chaque jour nous a révélés, je le crois actuellement mis au point et j'en propose l'emploi à tous les chirurgiens qui désirent gagner du temps,

à tous les praticiens qui sont obligés de faire de la chirurgie sans aides ou avec lesecours de mains étrangères à la médecine.

Le problème, dans sa généralité, est le suivant : Etant donnée une section cutanée nette, et bien affrontée par les soins d'un aide, rendre cet affrontement permanent par l'emploi d'une série de petites serre-fines métalliques de Michel que l'on pose à l'aide d'une pince à disséquer dont les mors ont été légèrement excavés pour permettre de saisir, de mettre en place et de serrer la serre-fine en question.

Supposons qu'il s'agisse d'une incision de laparotomie étendue de l'ombilic au pubis ; un ou deux fils auront été posés pour



relier le plan superficiel au plan musculo-aponévrotique suturé isolément.

A l'aide de deux pinces à griffes ordinaires, un aide opère un affrontement aussi soigné que possible ; le chirurgien tient de la main gauche entre le pouce et l'index le *réservoir*, broche métallique dans laquelle sont enfilées les serre-fines en question ; avec l'aide du troisième ou du quatrième doigt de cette main il fait descendre les serre-fines vers l'extrémité de la boucle et les présente à la pince spéciale.

De la main droite munie de cette pince, le chirurgien saisit la petite serre-fine par ses bords arrondis, l'enlève de la broche, la place sur la surface affrontée et, par une pression modérée, la coude pour faire entrer dans la peau les deux petits picots dont elle est munie et qui vont maintenir l'affrontement.

La résistance du métal soigneusement calculée fera le reste.

Une fois pliée, l'agrafe ainsi constituée s'entr'ouvre légèrement sous l'influence d'une traction de 500 grammes, s'ouvre avec 750, et se redresse complètement avec une traction d'un kilogramme.

Pour appliquer les douze ou quinze points nécessaires à la suture de la plaie de laparotomie en question, il faut, avec un peu d'habitude, un temps qui varie de *trente à soixante secondes, d'une demi-minute à une minute.*

Pour une incision de 30 à 40 centimètres, comme une incision de l'appendice xiphoïde au pubis, ou celle d'une amputation de sein chez une femme grasse, je mets trois à quatre minutes.

Ce temps représente environ le tiers du temps nécessaire à la mise en place des crins de Florence avec toute la rapidité possible; nous en avons fait l'expérience et le calcul à plusieurs reprises.

Les serre-fines sont laissées en place pendant six à huit jours; on les enlève ensuite, soit en les coupant par le milieu avec des ciseaux, soit en les étirant avec deux pinces ou encore mieux avec deux petits crochets spéciaux.

Stérilisées à nouveau, elles peuvent reservir, et M. le Dr Michel a calculé qu'on pourrait les réemployer vingt à vingt-cinq fois avant qu'elles ne se brisent.

J'ajouterai que ces petites agrafes ou serre-fines sont d'un prix minime et qu'elles coûtent moins cher que les crins de Florence; de plus, leur application n'est nullement douloureuse, on peut les mettre sans chloroforme, et ce n'est pas là le moindre des avantages de cet ingénieux procédé de suture.

Enfin, dernier point qui a son importance considérable, les cicatrices ainsi produites sont fort belles, à la condition de ne pas trop serrer les agrafes et de ne pas les laisser trop longtemps. Le plus ordinairement, les marques dues à la pression des boucles et aux piqûres produites par les deux picots de l'agrafe disparaissent très rapidement et la cicatrice reste absolument linéaire et parfaite, comme on peut le voir sur quelques-unes des photographies que je vous présente; nous en avons obtenu d'aussi belles qu'avec les sutures intra-dermiques.

Ce n'est pas tout. Pour rendre plus rapide et plus pratique l'emploi de ce mode de suture, le Dr Paul Michel a confectionné une pince-revolver des plus ingénieuses dont je vous présente un modèle réalisé par M. Collin et qui fonctionne de la façon la plus satisfaisante.

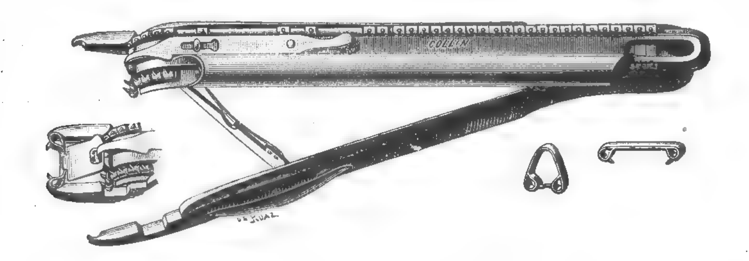
Ce revolver se compose de trois parties : une pince, — un magasin — et un dispositif permettant d'amener successivement et automatiquement chaque agrafe entre les mors de la pince.

La pince est analogue à la pince décrite tout à l'heure, mais, près de leur extrémité, les lames sont échancrées sur leur bord supérieur pour permettre le jeu du dispositif.

Le magasin se compose de deux lames d'acier parallèles entre

lesquelles sont logées et circulent les griffes ou agrafes que nous avons décrites tout à l'heure. Ces deux lames se recourbent en avant pour conduire l'agrafe jusqu'auprès des mors de la pince.

Un bras mobile, inséré sur la branche droite de la pince, vient par son extrémité libre se caler contre une butée disposée sur la branche gauche ; en serrant les mors de la pince, ce bras mobile



fait avancer le magasin, vient placer l'agrafe entre les deux mors de la pince ; une petite porte ou écluse s'ouvre, l'agrafe est saisie, le magasin se retire de lui-même ; il n'y a plus qu'à serrer la griffe pour la couder et l'enfoncer dans les tissus.



Je suppose le praticien seul, ayant à suturer une incision cutanée :

De la main gauche armée d'une pince à griffes ordinaire, il affronte les téguments au niveau de l'extrémité de l'incision placée à sa gauche ; la main droite est armée de la pince-revolver chargée, avec l'annulaire de cette main on repousse le bras mobile pour l'empêcher de rencontrer la butée ; la pince sert alors de pince à griffes ordinaire.

On opère l'affrontement, on avance la pince gauche pour assurer l'affrontement obtenu, et contre elle on dépose l'agrafe en remettant le bras mobile en place ; il vient buter contre la butée, fait avancer le magasin ; la pince saisit la griffe, l'appa-

reil se déclanche, on serre l'agrafe et on recommence plus loin.

Tel est dans son ensemble le système nouveau de suture extrêmement rapide et ingénieux imaginé et réalisé par M. Michel; je répète que je l'emploie presque exclusivement depuis deux ans dans mon service.

Il est simple, il est rapide, il est peu coûteux; il donne d'excellents résultats; j'en suis sûr, pour l'avoir longuement expérimenté, et c'est ce qui m'a déterminé à attendre si longtemps avant de vous le communiquer.

Comme toute méthode nouvelle, elle nécessite un peu d'habitude; mes internes s'y sont mis très rapidement et très facilement.

Je ne lui connais qu'un défaut; c'est de ne convenir qu'aux peaux souples, faciles à rapprocher; il ne convient évidemment pas aux peaux épaisses de la région plantaire ou même de la paume de la main, ni aux peaux trop minces du scrotum, du prépuce ou des paupières.

Par contre, il est idéal pour les incisions de laparotomie, les cures radicales, les amputations du sein, la plupart des amputations de membres; je crois qu'il fera gagner du temps au chirurgien et que ce bénéfice joint à celui d'une asepsie facile et parfaite contribuera à faire adopter ce que nous appelons dans mon service les griffes Michel.

M. Bazy. — Je demanderai à M. Michaux comment on peut appliquer la suture par agrafage quand la peau est tendue.

M. Michaux. — La tension de la peau est une contre-indication à ce mode de suture; elle ne convient pas lorsqu'on a de la peine à rapprocher les lèvres de la plaie.

Présentation de malade.

Ostéome de la cuisse.

M. Delorme présente un officier âgé de trente ans, chez lequel il a enlevé une tumeur osseuse, du volume des deux tiers du poing, implantée sur la partie antérieure de la ligne bitrochantérienne. Qu'il s'agisse d'une exostose ostéogénique ou d'un ostéome consécutif à un traumatisme (coup de timon de voiture reçu un an auparavant et qui n'avait pas eu immédiatement de conséquences), le siège de cette tumeur est quelque peu insolite. C'est là son seul intérêt.

Présentation de pièces.

Sarcome du petit bassin simulant une tumeur de l'ovaire. Ablation. Guérison.

M. Routier. — La tumeur que j'ai l'honneur de vous présenter est un sarcome ; sa forme rappelle celle du rein avec une surface qui simule à s'y méprendre les circonvolutions cérébrales ; on dirait la moitié d'un énorme cerveau.

Son poids est de 850 grammes.

Son grand diamètre est de 21 centimètres.

Son petit diamètre est de 13 centimètres.

Son épaisseur est de 8 centimètres.

J'ai enlevé il y a quinze jours cette tumeur à une jeune femme de vingt-sept ans qui avait toujours été bien portante jusqu'à il y a quatre ans.

A cette époque, mon ami le Dr Thomas, ayant eu l'occasion de l'examiner, constata l'existence d'une tumeur siégeant à droite, dans le ventre.

Il y a trois ans, le ventre gonfla, et on constata l'existence d'ascite.

Il y a un mois, une ponction pratiquée pour parer aux accidents de dyspnée donna onze litres de liquide clair.

En même temps, elle eut de la pleurésie à droite. Quand cette femme m'a été adressée, elle souffrait du ventre, et ne pouvait plus travailler.

Malgré la présence d'un peu de liquide, il était facile de se rendre compte de l'existence d'une tumeur irrégulière bosselée, qui semblait remplir le petit bassin, débordant l'utérus en arrière, proéminant surtout à droite. Je pensai qu'il s'agissait d'un cancer des ovaires.

L'état général de la malade, sans être très brillant, n'était pas mauvais.

Le ventre ouvert, j'évacuai quelques litres d'ascite claire, et je vis cette tumeur qui remplissait le petit bassin ; j'eus toutes les peines du monde à la faire sortir ; grâce au tire-bouchon, j'y parvins mais le pédicule fut arraché.

L'hémorragie fut assez forte, le sang venait de la face postérieure de l'utérus et de la paroi du petit bassin.

Je n'ai pu me rendre maître de l'hémorragie de l'utérus que par l'hystérectomie, et j'ai dû fortement tamponner le petit bassin, car il m'était impossible de rien saisir avec les pinces.

La tranche vaginale était enfin singulièrement vasculaire.

La malade va très bien.

D'où provient cette tumeur que les histologistes, Brault entre autres, m'ont dit être un sarcome? C'était par des filaments qu'elle tenait à la surface péritonéale ; c'était par des filaments qu'elle tenait à l'utérus, ces filaments étaient tous des vaisseaux, artériels ou veineux.

Les annexes étaient saines des deux côtés.

L'intestin était aussi normal.

Je ne sais vraiment pas où cette tumeur a pu prendre naissance ; rien dans sa contexture n'a pu nous permettre de formuler une hypothèse.

M. Potherat. — J'ai présenté ici autrefois, et M. Routier a même été mon rappporteur, une tumeur du même genre développée à la face inférieure du mésentère. L'énucléation complète en fut facile, car il n'y avait pas trace de pédicule. L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'un sarcome à grosses cellules. L'opéré a survécu cinq ans, il est mort de récidive l'année dernière.

Calcul vésico-vaginal, consécutif à un colpocléisis pour fistule vésico-vaginale datant de seize ans.

M. Tuffier. — Le calcul que je vous présente provient d'une malade âgée de quarante et un ans qui fut opérée il y a seize ans, par Verneuil, pour une fistule vésico-vaginale consécutive à un accouchement. Après onze tentatives infructueuses de fermeture par différents procédés, Verneuil se décida à faire un colpocléisis. A la suite de cette opération, il subsista pendant de longues années une petite fistule qui cessa de laisser écouler de l'urine, il y a quelque cinq ou six ans. Il y a deux ans environ, la malade commença à ressentir des troubles de la miction qui s'accentuèrent peu à peu et qui l'obligèrent à entrer dans mon service. A cette époque, les symptômes de cystite étaient très accentués et la malade souffrait tellement qu'il était impossible d'introduire même un simple stylet dans l'urètre. Je portai le diagnostic de cystite calculeuse, mais j'attendis avant d'intervenir que la vessie fût devenue un peu plus tolérante, ce que j'obtins à l'aide de lavages et d'instillations de nitrate d'argent. Il y a quinze jours, je me décidai à intervenir. Après anesthésie médullaire, je fis d'abord une tentative de lithotritie, mais ayant saisi le calcul, je m'aperçus qu'il était fortement adhérent, fixé au bas-fond de la vessie : mes tractions avec l'instrument restaient absolument sans

résultat. Comme, d'autre part, le toucher rectal me permettait de sentir ce calcul immédiatement en avant de la paroi antérieure du rectum, je me décidai à fendre simplement la cloison vaginale formée jadis par Verneuil depuis le méat jusqu'au-devant de l'anus, pensant pouvoir par là atteindre la cloison vésico-vaginale. A ma grande surprise, je trouvai dans ce qui subsistait de l'ancien conduit vaginal un gros calcul, fortement enchâtonné dans la muqueuse, que j'eus beaucoup de peine à décortiquer, et qui était relié avec le calcul situé dans le bas-fond de la vessie par une sorte d'isthme passant à travers le pertuis de la fistule vésico-vaginale. J'extirpai ce volumineux calcul en bouton de chemise que je vous présente aujourd'hui. Il est évident que c'est le calcul vaginal qui, en obstruant la cavité, a fermé la fistule vaginale opératoire.

Le Secrétaire annuel,

AD. JALAGUIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 23 MAI 1900

Présidence de M. Richelot

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Un travail de M. le Dr Pfihl, médecin principal de l'Hôpital maritime de Brest, intitulé : *Anus contre nature à la région iliaque droite. Entérectomie. Entérorraphie circulaire totale.* Ce travail est renvoyé à une Commission : M. Quénu, rapporteur.

3° Deux travaux de M. le Dr Juvarra (de Bucharest), intitulés, l'un : *Sur un nouveau procédé de cure radicale du prolapsus complet du rectum*, et l'autre : *Kyste hydatique de la région massetérine gauche, traité et guéri par le procédé de M. Delbet.* — Ces deux travaux sont renvoyés à une Commission : M. Delbet, rapporteur.

4° Un travail de M. le Dr Grisard, médecin de la marine, intitulé : *Plaie pénétrante de la poitrine et de l'abdomen avec issue du grand épiploon à travers la plaie thoracique. Thoracoplastie d'urgence. Guérison.* — Ce travail est renvoyé à une Commission : M. Peyrot, rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

Gastrostomie.

M. Monod présente un malade dont il a déjà à diverses reprises entretenu la Société de chirurgie (1), opéré en 1891-1892, de

(1) *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*, 30 décembre 1891, 16 mars et 5 octobre 1892 et 21 novembre 1894.

gastrostomie par le procédé en deux temps (fixation de l'estomac, le 24 novembre 1891, ouverture de l'estomac, le 10 mars 1892). Ce cas présente cet intérêt que le malade n'a jamais, à aucune époque, perdu une goutte de liquide gastrique par la fistule. Ce que M. Monod attribue à ce que l'ouverture de l'estomac faite à l'aide d'un simple coup de trocart a été la plus petite possible. Il résulte aussi de ce mode d'ouverture que la fistule n'a pas été ourlée par suture de la muqueuse à la peau. Ce temps opératoire n'a peut-être pas toute l'importance qu'on lui attribue. Or, s'il n'est pas indispensable, il y a peut-être avantage à s'en passer, car il nécessite assurément, pour être exécuté, une ouverture plus grande que celle qui résulte d'une simple ponction.

M. Quénu. — Je puis affirmer à M. Monod qu'il est possible d'ourler la muqueuse à la peau sans agrandir l'ouverture de l'estomac. Cette ouverture je la fais punctiforme et avec un petit ténotome. Je veux ajouter un détail de technique à ce que j'ai dit antérieurement. Au lieu de fixer simplement la séreuse de l'estomac à la séreuse de la paroi abdominale par quatre points de suture cardinaux, je passe mon aiguille à travers une série de plis du péritoine gastrique, de manière à ce que le serrement de chaque fil en bourse, amène un rétrécissement du cône stomacal au point où il franchit le péritoine pariétal. Cette petite manœuvre n'augmente pas le nombre des sutures et n'allonge pas, par suite, la durée de l'opération. Il est aisé de constater sur le cadavre que l'opération étant ainsi conduite, le cône stomacal forme une sorte de petit œsophage rétréci au niveau de l'orifice cutané, et rétréci au niveau du péritoine; c'est donc un double obstacle apporté à l'issue du contenu de l'estomac.

M. Poirier. — Je n'aurais pas repris la parole sur cette question de la gastrostomie, si depuis ma dernière communication, je n'avais eu l'occasion, grâce à l'amabilité de M. Gérard Marchant, de pratiquer deux gastrostomies dans son service. J'avais dit que mon procédé était court, qu'il fallait vingt-cinq minutes pour l'exécuter. Dans ces deux cas, j'ai mis environ la moitié de ce temps. Nous avons pris l'heure et constaté que la première intervention a duré douze minutes et l'autre quatorze environ. Les opérés vont très bien.

Je demanderai aussi la permission de faire une rectification. On a intitulé mon procédé, nouveau procédé, or, je me défendais précisément d'apporter rien de nouveau ni d'important, mais une succession de pratiques utiles.

Rapports.

Un cas de vaginalite chronique biloculaire; excision de la vaginale pariétale, décortication, guérison.

Observation par MM. Gerbault et Cange.

Rapport par M. LEJARS.

Nos confrères de l'armée, MM. A. Gerbault et Albert Cange, nous ont adressé une observation de « vaginalite chronique biloculaire », dont les détails sont intéressants.

Il s'agit d'un jeune soldat de vingt-deux ans, indemne de tout antécédent morbide, qui entrait à l'hôpital militaire de Constantine, le 4 décembre 1899, avec une grosse tumeur de la moitié droite du scrotum.

Cette tumeur s'était développée lentement, sans à-coups, sans douleur, sans réaction aiguë. Il y a deux ans, l'homme, en travaillant la terre, s'était violemment heurté la bourse droite avec le manche de sa bêche ; « il ressentit une douleur intense, irradiée à l'aine et à tout l'abdomen, qui l'empêcha de travailler pendant une demi-heure. A ce moment, il ne remarqua rien d'anormal au niveau du scrotum. » Mais, depuis l'accident, « la partie, suivant son expression, a continuellement profité ».

La tumeur scrotale est plus grosse que le poing, ovoïde, et, par son extrémité supérieure, confine à l'anneau inguinal externe. Une rigole transversale, large comme le petit doigt, la segmente en deux moitiés à peu près égales : elle est tendue, fluctuante, plus dense et plus pesante, semble-t-il, au niveau de la loge inférieure. La loge supérieure est seule transparente.

Nos confrères portent le diagnostic d'hydrocèle et se mettent en devoir de procéder à la cure radicale. Une fois incisées les enveloppes externes, ils découvrent, à l'angle supérieur de la plaie, « une membrane tremblotante, de coloration bleu foncé, qui tend à faire hernie », et qu'ils prennent d'abord pour la vaginale; elle est ponctionnée et donne issue à 150 centimètres cubes d'un liquide jaunâtre, rappelant l'aspect d'une urine chargée d'urates.

La poche vidée s'affaisse, et, au-dessous d'elle, on trouve une seconde tumeur, grosse comme un citron, ovoïde, régulière, de consistance uniformément dure. On l'incise à petits coups : elle à une épaisseur de 8 millimètres; rigide, criant sous le bistouri, « elle offre, à la coupe, l'apparence du fibro-sarcome. » La cavité renferme une bonne cuillerée de liquide jaune citron, et, dans le fond, on reconnaît le testicule : cette fois, c'est bien la vaginale.

Du reste, le testicule est « enserré dans une production néomembraneuse, qui, très mince et friable à la partie supérieure, va en s'épaississant à mesure qu'on se rapproche de son pôle inférieur ». Quant à l'épididyme, il n'est représenté, au-dessus et un peu en arrière du testicule, que par « une masse globuleuse, à laquelle tient le cordon ».

Devant ces lésions de pachy-vaginalite ancienne, les auteurs, après s'être assurés, par une incision exploratrice de l'albuginée, que le parenchyme testiculaire était normal, prennent le parti, très rationnel, d'exciser la vaginale pariétale épaissie, et de libérer le testicule de cette gangue fibreuse qui l'enveloppe ; relativement aisée, en haut, cette décortication devient laborieuse au niveau du pôle inférieur, sans que, du reste, des détails très précis nous soient donnés sur ce temps capital de l'opération.

J'en dirai autant de l'examen de la poche supérieure, à paroi tremblotante, qui avait été ouverte d'abord; on ne put découvrir l'orifice qui la faisait communiquer avec la vaginale, si tant est qu'elle communiquât réellement; « sa surface interne, rougeâtre, présentait en certains points des excroissances villeuses, très friables, et qui, sous le frottement un peu dur du tampon, se déchiraient et donnaient abondamment ». Elle semblait dépourvue de paroi propre; aussi nos confrères se bornèrent-ils « à la modifier par des attouchements au thermocautère ».

Or, ce fut précisément cette cavité, d'aspect un peu étrange, qui devint le point de départ d'une complication post-opératoire. Le lendemain, dans l'après-midi, ou constatait un très volumineux hématome du scrotum : on désunit la plaie, on enleva les caillots, et l'on reconnut que le sang provenait de cette loge supérieure, « dont certains points étaient le siège d'un suintement sanguin abondant et continu ». Cette fois, au lieu de se borner à toucher la surface saignante au thermo-cautère, les auteurs appliquèrent l'une contre l'autre les parois de la cavité par des sutures au catgut. On réunit de nouveau, non sans une mèche. La guérison, retardée par un accident septique, finit par être complète, laissant un testicule mobile, régulier, indolent, d'apparence toute normale.

Les auteurs intitulent leur observation vaginalite chronique biloculaire; ils insistent sur cette conformation biloculaire de la cavité, et, rappelant les pachy-vaginalites à diverticules étudiées, il y a deux ans, par MM. Demons et Bégouin, ils estiment que leur fait doit rentrer dans cette catégorie.

Nous ne rappellerons pas les divers modes pathogéniques de ces diverticules vaginaux : aussi bien, dans l'hématocèle comme dans l'hydrocèle, la segmentation, l'existence de poches secon-

daires, de diverticules, ne sont pas exceptionnelles. Pourtant nous ferons remarquer que ces loges accessoires se voient surtout dans les pachy-vaginalites de grand volume; qu'elles sont, d'ordinaire, multiples; que, de plus, dans le cas de MM. Gerbault et Cange, le soi-disant diverticule contenait beaucoup plus de liquide que la cavité vaginale elle-même; enfin qu'il a été impossible de retrouver aucune trace de communication. Ne serait-il pas fort anormal qu'une vaginale ainsi épaissie et renfermant si peu de liquide, se fût laissée distendre en un point si étroit, qu'une fois la poche diverticulaire constituée, le trajet fût devenu méconnaissable? Et, d'autre part, s'il s'agissait d'une vaginale biloculaire « de naissance », pourquoi la pachy-vaginalite est-elle restée cantonnée à la loge inférieure?

A notre sens, il est plus naturel de penser que MM. Gerbault et Cange se sont trouvés en présence d'un grand kyste du cordon et d'une pachy-vaginalite séreuse. Ces grands kystes de la partie inférieure du cordon sont loin d'être rares; ils ont fait, en 1894, l'objet d'une bonne thèse de notre élève, le Dr Strafforelli; chez un de nos opérés, le kyste, plus gros que le poing, descendait jusqu'au fond des bourses, en enveloppant toute la vaginale et le testicule. Une coexistence avec l'hydrocèle vaginale a été plusieurs fois notée, et ils peuvent, eux aussi, être le siège du processus de l'hématocèle.

Quoi qu'il en soit, la paroi du kyste était d'aspect très spécial, dans l'observation plus haut rapportée : elle était villeuse, saignante, quoique trop mince pour que les auteurs aient cru pouvoir la décortiquer. Dans ces conditions, le parti auquel ils ont eu recours ultérieurement, l'adossement des deux faces de la cavité par un surjet hémostatique, s'imposait d'emblée, et l'hématome qui est venu troubler les suites opératoires a démontré, une fois de plus, le peu de confiance que mérite le thermocautère pour ces besognes d'hémostase.

Enfin, la décortication, que MM. Gerbault et Cange ont pratiquée, était évidemment tout indiquée, et, malgré les quelques incidents ultérieurs, elle leur a permis de conserver, en fin de compte, à leur opéré, un testicule indolent, mobile, de conformation toute normale, et de lui rendre, par conséquent, le meilleur service. Mais, si la méthode a fait ses preuves et ne se discute plus, la technique ne laisse pas que d'être toujours assez délicate et souvent malaisée, et j'aurais été heureux de trouver plus de détails dans l'exposé de nos confrères. Ils signalent l'aspect globuleux et un peu vague sous lequel se présentait l'épididyme; et, de fait, c'est au niveau de l'épididyme, très souvent méconnaissable que la décortication est le plus difficile à poursuivre

sans dommage ; parfois étalé, et très distant du bord supérieur du testicule, il courrait grand risque d'être blessé, si l'on ne prenait soin d'aller tout de suite au cordon, au canal déférent, et, par cette voie récurrente, de repérer sa topographie nouvelle. Enfin, on se trouve bien, parfois, d'évider peu à peu, par couches successives, la croûte néo-membraneuse péri-testiculaire, et de procéder à un véritable « écrêpage » du testicule et de l'épididyme.

J'ai l'honneur de vous proposer, messieurs, de remercier MM. Gerbault et Cange de leur intéressant travail, et de le déposer honorablement dans nos archives.

Corps étranger du vagin, par M. Girou (d'Aurillac).

Rapport par M. Ch. MONOD.

M. Girou (d'Aurillac) nous a adressé deux observations dont vous m'avez chargé de vous rendre compte.

Avec M Girou, je serai bref sur la première.

Il s'agit d'un corps étranger du vagin. Une jeune femme partant en voyage, immédiatement après une époque de règles, s'aperçoit (c'est du moins ainsi qu'elle racontait son aventure) que l'écoulement sanguin reparaît. N'ayant pas de quoi se garnir, elle s'avise d'enfoncer dans son vagin un bouchon de liège, Mais, le soir arrivé, le bouchon ne peut être extrait; et elle vient, fort en peine, avec son mari, consulter notre confrère. M. Girou, n'ajoutant qu'une foi médiocre à cette histoire, est cependant obligé de constater que le bouchon est bien dans le vagin.

L'extraction en fut difficile, à cause de l'étroitesse de la vulve, de lésions inflammatoires, témoin d'un long séjour, et de la friabilité du bouchon. M. Girou y parvint cependant, après d'infructueux essais à l'aide de pinces, en employant un écarteur de Farabeuf, qui, enfoncé profondément, puis retourné, accrocha le corps du délit et l'amena au dehors.

Cette observation mérite d'être notée en passant, ne fût-ce que pour rappeler qu'en fait de corps étrangers, et particulièrement de corps étrangers du vagin, tout arrive.

Kyste volumineux du ligament large droit et fibrome sous-péritonéal du fond de l'utérus. Ovariotomie et ablation du fibrome. Guérison, par M. Girou (d'Aurillac).

Rapport par M. Ch. MONOD.

La seconde observation de M. Girou a une tout autre importance. Je m'y arrêterai plus longuement.

Voici tout d'abord un résumé du fait clinique :

Observation. — Femme de vingt-sept ans, entrée à l'hôpital d'Aurillac en décembre 1898.

Le début de l'affection qui l'amène à l'hôpital remonte au commencement de 1898. C'est moins l'augmentation de volume du ventre que les vives douleurs qu'elle y ressentait qui la décident à se faire soigner.

A son entrée, tumeur évidente de l'abdomen formant une saillie analogue à celle d'une grossesse de sept à huit mois.

Au *palper*, cette tumeur paraît médiane, débordant cependant un peu plus à droite qu'à gauche, globuleuse, dure, tendue, s'enfonçant en bas derrière le pubis, dépassant en haut l'ombilic; elle est immobile et régulière de forme.

Au-dessus et à gauche de cette masse, on en découvre une seconde, séparée de la première par un sillon, ayant la dimension d'une tête de fœtus à terme, s'enfonçant en haut sous les fausses côtes, touchant en bas à la première tumeur, sur laquelle elle semble se mouler; très mobile, de consistance ferme, elle semble plus dure que sa voisine.

Au toucher, le col est très élevé, difficile à atteindre. L'utérus paraît faire corps avec la tumeur sus-pubienne. Culs-de-sac libres.

L'examen au speculum est négatif. L'hystéromètre pénètre facilement à 7 ou 8 centimètres.

Fonctions urinaires et intestinales normales.

Règles régulières, peu abondantes.

Diagnostic. — Dégénérescence fibromateuse du corps utérin, avec corps fibreux sous-péritonéal pédiculé.

L'*opération* projetée est une hystérectomie abdominale totale.

Opération, 3 janvier. — Le ventre ouvert, on constate que la tumeur *supérieure* est bien un fibrome sous-péritonéal, inséré près de la corne gauche de l'utérus par un pédicule de 2 centimètres de diamètre et de 3 à 4 centimètres de long; mais que la tumeur *inférieure* est constituée par un gros kyste inclus dans le ligament large droit, très tendu, au point de donner la sensation d'une tumeur solide.

L'*utérus*, peu augmenté de volume, mais très allongé, est rencontré en haut et en arrière du kyste, qui le refoule à gauche.

Extraction facile et ablation du *fibrome*, après ligature du pédicule à la soie. Il pèse 1.330 grammes.

Le *kyste* est vidé par ponction (liquide sirupeux, couleur jus de pruneaux), puis extrait du ligament large par décollement; enfin pédiculisé sur la corne droite de l'utérus; ligature du pédicule qui contient la trompe et le ligament rond; section.

L'utérus reprend aussitôt sa place. Les annexes gauche, saines, sont laissées en place.

Fermeture de la paroi, à trois plans, sans drainage.

Pansement sec à l'iodoforme.

Durée : une heure à peine.

Guérison rapide. — Dix-sept jours après l'opération, la malade pouvait se lever.

Cette observation ne semble pas à première vue présenter un intérêt spécial, puisqu'il ne s'agit en somme que d'un cas heureux d'ablation par laparotomie d'un kyste du ligament large et d'un fibrome utérin pédiculé, concomitant.

Mais, d'abord, les observations de ce genre sont relativement rares. Notre excellent collègue, M. Eugène Monod (de Bordeaux), à propos d'un cas semblable opéré par lui (1), a parcouru un certain nombre de statistiques d'hystérectomie, d'une part, d'ovariotomie, d'autre part, et constaté que, sur un total de 700 observations, la coexistence de kystes et de fibromes n'est indiquée que 24 fois (2).

D'autre part, l'étude de ces faits conduit à discuter un point de pratique qui n'est pas sans importance, celui de la conduite à tenir en pareille circonstance.

La Société de chirurgie s'est déjà occupée de cette question. C'était en 1882 (3), à propos d'une observation de M. Queirel (de Marseille), dont la malade opérée, dans une même séance, d'un kyste ovarien et d'un utérus fibromateux, était morte. M. Duplay, rapporteur, émit l'opinion qu'il eût été plus prudent de s'en tenir à l'ablation du kyste. Il s'appuyait pour défendre cette opinion sur

(1) Monod (Eugène). De la coexistence des kystes de l'ovaire et des fibromes de l'utérus. Indications opératoires qui en résultent, *Arch. clin. de Bordeaux*, novembre 1892.

(2) M. Monod dit 30 fois. Mais, dans 6 des cas réunis par lui (nos 4, 5, 6, 7, 8 et 28 de son tableau) l'existence de fibromes utérins coïncidant avec la tumeur ovarienne n'est pas notée. Si les opérateurs ont été conduits à enlever l'utérus en même temps que le kyste, c'est à cause des connexions intimes de celui-ci avec l'utérus, ou parce que ce dernier organe était lui-même kystique.

3. Sur une observation intitulée : « Kystes dermoïdes ovariens et fibromes; gastrotomie suivie de mort », par M. Queirel (de Marseille); rapport par M. Duplay et discussion. *Bull. et Mém. de la Soc. de chirurg.*, 1882, t. VIII, p. 243.

l'extrême gravité de l'hystérectomie abdominale, sur « la léthalité habituelle » de cette opération.

M. Terrier n'était pas loin de partager l'avis de M. Duplay; car dans trois ou quatre cas où il s'était comporté comme M. Queirel, ses opérées avaient succombé. Il admet, cependant, qu'il est certaines circonstances dans lesquelles l'intervention complète est permise.

M. Eugène Monod, dix ans plus tard, dans le travail que je viens de mentionner, n'est pas moins réservé. « Même dans les cas de « fibromes volumineux, écrivait-il, englobant une large portion « ou la totalité du corps de l'utérus, on reculera devant la seule « intervention radicale possible, l'hystérectomie, en raison des « graves dangers qu'elle entraîne. »

Il est permis aujourd'hui d'être plus hardi. On ne peut plus parler en effet de la « léthalité habituelle » de l'hystérectomie abdominale, surtout si l'on se borne, comme cela a été établi au dernier Congrès de Chirurgie, à l'amputation sus-vaginale de l'utérus.

Personnellement, j'ai eu récemment trois fois à intervenir chez des malades portant en même temps kystes et fibromes; chez toutes trois l'opération s'est terminée par l'ablation de l'utérus; et toutes ont guéri, malgré certaines difficultés opératoires.

Est-ce-à-dire que ce parti soit le seul sage? celui auquel il faille toujours avoir recours? Je suis loin de le penser, et cela par cette raison bien simple que les faits cliniques que nous envisageons ici ne sont pas tous superposables; que les décisions des chirurgiens doivent donc varier suivant les cas très variables eux-mêmes de la pratique.

Les auteurs qui ont traité ce sujet ont eu surtout en vue les cas où, au cours d'une ovariotomie, on se trouve en présence de fibromes concomitants, *le kyste de l'ovaire est compliqué de fibrome.*

Mais la situation peut être inverse; le fibrome est la lésion principale, ou du moins la seule qui ait été reconnue; on part donc pour une hystérectomie abdominale et, le ventre ouvert, on constate la coexistence d'un kyste; c'est le *fibrome qui se complique de kyste.*

En ce cas, pas d'hésitation possible. La présence de kyste concomitant ne modifiera pas l'indication opératoire que nous supposons avoir été dûment posée, celle de la cure radicale du fibrome par ablation de l'utérus. On débarrassera la malade par surcroît de son kyste, ce qui dans bien des cas n'augmentera pas la gravité de l'opération, dans ceux, par exemple, où le kyste, petit, mobile, pédiculisable, pourra être extrait sans peine, avant de procéder à la résection de l'utérus.

Il en était ainsi dans le cas suivant observé par moi.

Observation. — Il s'agissait d'une femme de quarante-deux ans, portant dans le ventre une tumeur volumineuse, en relation évidente avec l'utérus, et pour laquelle le diagnostic de fibrome s'imposait. L'ablation par voie abdominale semblait devoir être facile, bien que la masse, explorée soit par la palpation, soit par le toucher, parût relativement immobile et que la vessie fût manifestement déviée à droite, circonstance plutôt rare dans les fibromes utérins non compliqués.

Un second fait attirait l'attention. A gauche de la tumeur principale, on en découvrait une seconde plus profondément située, sur la nature de laquelle les avis étaient partagés ; les uns songent à une salpingo-ovarite concomitante, les autres à une seconde masse fibromateuse surajoutée à la première.

Nous dirons dans un instant que l'une et l'autre hypothèse étaient fausses.

Le ventre ouvert, la première difficulté opératoire résulta de ce fait que la tumeur utérine, aussitôt reconnue, était *incluse*. Elle était recouverte d'un feuillet péritonéal qui se réfléchissant sur les côtés, empêchait absolument l'exploration de son contour ; sur ce feuillet séreux aboutissaient les anses intestinales voisines, en connexion anatomique avec lui, je veux dire qu'il ne s'agissait pas d'adhérences pathologiques secondaires ; c'était l'enveloppe séreuse normale de l'intestin qui se continuait avec l'enveloppe séreuse de la tumeur. En d'autres termes, le fibrome développé principalement dans la corne gauche de l'utérus avait dédoublé le ligament large du côté gauche et s'en était coiffé ; ce soulèvement péritonéal s'était étendu jusqu'au voisinage de l'anse sigmoïde.

Il fallait, comme dans toute tumeur incluse, inciser le feuillet séreux enveloppant, et extraire par décollement ou clivage la partie contenue. Ce décollement poussé au delà de l'équateur de la tumeur, je pus, enfonçant le tire-bouchon dans son segment supérieur dégagé, extraire celui-ci et l'amener dans la plaie.

Ce que faisant, la seconde masse, constatée avant l'opération par le palper, apparaît au jour. C'était un kyste du volume d'un poing d'adulte, adhérent intimement au bord gauche de l'utérus. Je pus, sans le ponctionner et sans le crever, l'amener lui aussi, dans la plaie ; puis le dégager laborieusement de ses connexions utérines, le pédiculiser sur ce qui correspondait à la corne gauche de l'utérus, *clamper* ce pédicule et le couper, sauf à le lier plus tard.

Ceci fait, je reviens à la tumeur utérine dont je poursuis la libération sur tout son segment inférieur ; par une section transversale faite à la base de ce segment, je coupe successivement l'artère utérine gauche, le col et l'artère utérine droite. Les artères sont pincées à mesure, et la cavité du col cautérisée.

L'utérus, avec le fibrome qu'il contient, est alors complètement libéré et extrait.

Il n'y a pas eu de temps spécial pour la saisie des utéro-ovariennes;

celle de gauche a été comprise dans le pédicule du kyste; celle de droite a dû être pincée par les clamps mis chemin faisant sur les bords du ligament large, au fur et à mesure du décollement du feuillet séreux.

L'opération se termine à l'ordinaire par l'occlusion du moignon utérin, à l'aide d'un surjet au catgut, et par la reconstitution du péritoine pelvien à l'aide d'un second surjet. La plaie abdominale est fermée, à l'exception de l'angle inférieur, où, par prudence, je place un « Mikulicz » avec drain.

La tumeur utérine enlevée pesait 900 grammes.

L'opération a été pratiquée le 1er mai. La malade est, actuellement, en pleine voie de guérison.

Les difficultés opératoires résultaient ici de l'inclusion de la tumeur utérine, plutôt que de la présence du kyste.

Dans le cas suivant, c'est le kyste lui-même qui a été un obstacle à la facile ablation du fibrome et aurait pu, en raison de sa situation, compromettre la guérison.

Observation. — Le diagnostic avait pu cette fois être plus exactement porté.

Comme chez notre première malade, le fibrome utérin ne faisait pas doute, et suffisait à lui seul, par son volume et par les troubles qu'il provoquait, à légitimer mon intervention.

Mais l'on trouvait de plus par le toucher, dans le cul-de-sac latéral gauche, débordant dans le postérieur, une masse plus molle, perçue également, mais difficilement par le palper, donnant l'impression d'une tumeur liquide. L'indolence absolue de cette seconde masse, l'absence de fièvre ou de poussées fébriles, l'absence aussi de tout « passé pelvien » firent écarter le diagnostic de salpingite concomitante.

Nous nous arrêtons à l'idée d'une tumeur kystique que, en raison de sa faible saillie dans le ventre et de sa grande fixité, nous supposons incluse.

Nous pûmes, au cours de l'opération, vérifier l'exactitude de ce diagnostic. Pour le dire de suite, l'utérus fibromateux était comme cravaté à sa base, du côté gauche, avec prolongation à la face postérieure du col, par une collection liquide, enfouie sous le ligament large, disposition qui devait singulièrement entraver la libération du segment inférieur de la masse utérine.

En effet, le ventre ouvert, et l'utérus reconnu, par la manœuvre du tire-bouchon, j'essaye de l'amener dans la plaie, je constate qu'il résiste à mes efforts, retenu qu'il est dans la profondeur par la tumeur kystique, qui est maintenant aperçue, l'encerclant à gauche et en arrière.

Il faut, avec les doigts plongeant dans la profondeur, tenter de dégager l'utérus de ses connexions, non sans avoir protégé la partie supérieure de la cavité péritonéale avec éponges et compresses, en vue d'une rupture possible de la poche. Celle-ci se produit en effet bientôt; le liquide qui s'écoule, aussitôt recueilli, est filant et noirâtre. Je n'en poursuis pas moins le décollement le plus rapidement possible.

A mesure qu'il s'opère, l'utérus se laisse extérioriser de plus en plus. Je puis bientôt saisir les utéro-ovariennes de chaque côté, les couper entre deux clamps, puis achever à l'ordinaire l'ablation sus-vaginale de l'utérus par section transversale du col et ligature des utérines, après taille préalable des deux lambeaux péritonéaux antérieur et postérieur.

Reste le kyste rompu, dont on voit l'ouverture au fond du bassin ; actuellement vidé, il ne forme plus sous le péritoine pelvien aucun relief. Il me semble inutile et dangereux de tenter l'extraction de cette poche sans consistance. Je crois préférable de profiter de sa situation basse et de ses rapports intimes avec le vagin pour la drainer par cette voie.

Introduisant donc d'une part dans le vagin une longue pince, jusque sous la paroi kystique, de l'autre, deux doigts dans la cavité du kyste par l'ouverture à travers laquelle il s'est vidé, j'arrive facilement à faire pénétrer l'extrémité de la pince dans la cavité kystique, et à mettre un drain en bonne place.

J'eus soin, lors de la réfection du péritoine pelvien par section des deux lambeaux péritonéaux, de voiler du même coup l'orifice de rupture de la paroi kystique, de façon à interrompre toute communication entre la cavité du kyste et celle du péritoine.

Puis je fermai la paroi abdominale avec drainage de sûreté à l'angle inférieur de la plaie.

Le fibrome enlevé pesait 850 grammes.

L'opération ne date que du 15 mai dernier. Mais l'absence de toute espèce de réaction soit locale, soit générale, permet d'affirmer dès maintenant que la malade ne court plus de danger. Le drainage vaginal de la cavité kystique suffira-t-il à en amener l'oblitération définitive ? Il est permis du moins de l'espérer.

J'ai cru pouvoir profiter de l'occasion qui m'était offerte pour vous communiquer ces deux observations qui éclairent certains points relatifs à la conduite à tenir dans la première hypothèse que j'envisageais tout à l'heure, celle où le *kyste complique le fibrome.*

Reste la seconde, la seule ordinairement visée par les auteurs, celle où le *fibrome complique le kyste.* Je veux dire par là que le kyste est l'affection prédominante, que le fibrome, parfois soupçonné ou reconnu seulement au cours de l'opération, ne vient qu'en deuxième ligne s'imposer à l'attention du chirurgien.

Il est, ici encore, certains cas où tout le monde est d'accord sur le parti à prendre, ceux, par exemple, où le fibrome est sous-péritonéal, pédiculé et d'ablation facile. La tumeur sera enlevée et l'utérus laissé en place.

C'est ainsi que s'est comporté M. Girou dans l'observation qu'il nous communique ; de même aussi M. Eugène Monod dans celle qui lui a donné l'idée de se livrer aux recherches dont je vous ai

déjà entretenu. Leurs deux malades ont guéri; il devait en être ainsi.

Les avis diffèrent, au contraire, lorsque, le kyste enlevé, on se trouve en présence d'un fibrome interstitiel, volumineux, et que se pose la question de l'ablation totale de l'utérus.

La plupart reculent, je devrais plutôt dire *reculaient*, devant la gravité de l'intervention radicale, et ne s'y résignaient que si la tumeur était considérable ou avait donné lieu à des pertes abondantes.

Et encore, en pareil cas, certains chirurgiens tels que Kœberlé (1), Hégar (2), voire même mon excellent maître, M. Terrier, en 1882 (3), — qui ne soutiendrait plus aujourd'hui, je crois, cette opinion, — préfèrent-ils se contenter de l'extirpation de l'autre ovaire, réalisant ainsi l'opération dite de Battey, qui supprime les pertes sanguines et amène parfois l'atrophie du fibrome.

J'ai déjà fait pressentir que tel n'était pas mon sentiment ni, j'en suis assuré, celui de la majorité d'entre vous.

L'hystérectomie abdominale, et particulièrement la sus-vaginale, n'ayant plus la gravité qu'elle avait autrefois, il y a lieu de préférer cette opération, qui assure une guérison définitive, à celle de Battey, dont les résultats sont incertains.

J'ai cru devoir agir de la sorte dans le troisième des cas auxquels je faisais allusion plus haut.

Il s'agissait d'une femme de quarante-cinq ans, parvenue à la ménopause; en effet, non seulement elle n'avait aucune perte, mais les règles étaient supprimées depuis plusieurs mois. Le kyste enlevé, je me trouvai en présence d'un utérus occupé par un assez volumineux fibrome. Bien que la malade n'eût jamais souffert de métrorragies, bien qu'elle fût à l'âge critique, je crus, confiant dans l'innocuité de l'hystérectomie sus-vaginale, pouvoir la débarrasser séance tenante d'une tumeur qui, chez une femme de quarante-cinq ans seulement, pouvait encore augmenter de volume et donner lieu à des troubles divers.

L'opération dura une heure en tout, et la malade guérit sans encombre. Le poids du kyste était de 500 grammes.

L'hésitation n'est permise que si le fibrome est petit, surtout s'il existe chez une femme jeune encore, à une époque éloignée de la ménopause.

(1) Kœberlé. Art. « Ovaires », du *Nouv. dict. de méd. et de chir. prat.*, p. 593.

(2) Hegar et Kaltenbach. *Traité de gynécologie opératoire*. Trad. franç., par Bar, p. 112.

(3) Terrier. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, t. VIII, p. 216.

Lawson Tait (1) en semblable occurrence, malgré les métrorragies profuses dont sa malade, âgée de trente ans, avait souffert, se contenta d'enlever le kyste ovarien, sans toucher au fibrome. L'opération avait eu lieu en août; au mois d'octobre suivant, le myome avait diminué de moitié. Bien plus, deux mois plus tard, cette femme se mariait, devenait enceinte et accouchait normalement. Lawson Tait, l'examinant au cinquième mois de sa grossesse, constatait qu'il n'existait plus aucune trace de la tumeur utérine.

Ce sont là des cas exceptionnels sur lesquels il n'est guère permis de compter.

Plus défendable serait la pratique récemment recommandée à nouveau par Olshausen (2), dans une communication faite au dernier Congrès de la Société allemande de chirurgie (avril 1900), sur le *traitement conservateur des fibromes utérins.* Je veux parler de l'*énucléation des fibromes* utérins multiples; opération trop négligée, suivant Olshausen, et qu'il a eu l'occasion de pratiquer vingt-neuf fois avec un seul décès, dans ces trois dernières années, Les progrès de l'asepsie, et les améliorations de la technique opératoire, et particulièrement la suture par étages, trè minutieuse, de la cavité résultant de l'ablation de la tumeur, permettent d'entreprendre sans danger cette opération, qui a l'avantage de laisser place à des grossesses ultérieures.

Mais encore une fois, ces demi-mesures ne sont justifiables que si la malade est jeune et si la tumeur, par son volume ou par les douleurs qu'elle provoque ou les hémorragies qu'elle occasionne, ne commande pas une intervention radicale.

Si l'une de ces trois circonstances indicatrices de l'hystérectomie existe, c'est à elle qu'il faudra avoir recours.

En d'autres termes, et pour résumer cette discussion, la coexistence du kyste ne modifie pas les indications générales de l'intervention dans les fibromes. A l'ablation du kyste, on joindra celle du fibrome, toutes les fois que celui-ci paraîtra de nature ou en situation à faire courir à la malade de sérieux dangers.

Je termine ici les réflexions auxquelles m'ont paru donner lieu l'observation de M. Girou et la mienne.

Il ne me reste plus qu'à remercier M. Girou en votre nom de son intéressante communication, à vous proposer de déposer honorablement son travail dans nos archives et à vous rappeler que notre

(1) Lawson Tait. *Traité clinique des maladies des femmes*, trad. française, Paris, 1891.

(2) Olshausen. Traitement conservateur des fibromyomes utérins, in *Gazette hebdomadaire*, 17 mai 1900, nº 39, p. 465.

distingué confrère, ancien interne des hôpitaux de Paris, actuellement chirurgien en chef de l'hôpital d'Aurillac, serait heureux de prendre rang parmi nos correspondants nationaux.

Communication.

Traitement de la tuberculose du rein,

par M. TUFFIER.

J'ai pratiqué ma première néphrectomie pour tuberculose le 14 janvier 1891 (1). Depuis cette époque, dans une série de publications (2), j'ai cherché à préciser l'anatomie pathologique, puis les formes cliniques et enfin le traitement de cette affection. Au moment de mes premières recherches, mon collègue et ami Pousson écrivait : « La tuberculose rénale doit-elle être opérée? » Il était classique, en France, de regarder la tuberculose rénale comme secondaire et son éradication comme rarement possible. Je n'avais pas l'honneur d'avoir alors pour collègue M. Albarran qui n'avait rien, que je sache, publié sur cette question, et si je suis devenu plus interventionniste, c'est l'observation prolongée de mes opérés qui m'a convaincu, car le temps en pareille matière est le seul bon criterium.

(1) Tuffier. De la périnéphrite tuberculeuse et des abcès froids, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 9 mai 1891, p. 223.

(2) Tuffier. Tuberculose urinaire et tuberculose rénale au point de vue chirurgical, *Sem. méd.*, 1892, p. 117. — Étude anatomo-pathologique et clinique sur la tuberculose rénale, *Arch. gén. de méd.*, mai et juin 1892, p. 513 et p. 700. — Chirurgie rénale. Résultats de cinquante-huit opérations pratiquées sur le rein. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 24 déc. 1892, p. 615. — Résultats éloignés de la chirurgie rénale. De la néphro-urétérectomie, 7e *Congrès français, de chir.* Séance du 3 avril 1893, p. 345. Rein tuberculeux, *Bull. de la Soc. anatom.*, déc. 1891, p. 676. — Tuberculose rénale à forme hématurique. Néphrectomie. Guérison, *Bull. de la Soc. anatom.*, mai 1893, p. 34. — Formes cliniques de la tuberculose rénale, *Ann. des maladies des org. génit. urin.*, 1893, p. 495. — Contribution à l'étude de l'intervention chirurgicale dans la tuberculose du rein, quinze opérations personnelles, *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1897, p. 51. — Communication au *Congrès de Moscou*, 1897. — *Tuberculose rénale*, monographie, Paris, 1898, chez Masson. — Article « Rein », in *Traité de chir. de Duplay et Reclus*, 2e édit., Paris, 1899, t. VII, p. 276.

Voir également les thèses de mes élèves :

Robineau-Duclos. Chirurgie du rein, *Thèse de Paris*, 1891.

Percheron. Chirurgie du rein, *Thèse de Paris*, 1897.

Ratynsky. De la néphrectomie par morcellement, *Thèse de Paris*, 1897.

L'histoire de la tuberculose rénale n'a pas été révolutionnée dans ces derniers temps, pas plus en France qu'à l'étranger. L'ablation du rein tuberculeux est devenue une opération courante, facile et bénigne. Pour ma part j'ai pratiqué 9 *néphrectomies* lombaires et j'ai eu 9 guérisons opératoires et thérapeutiques, et 7 *néphrotomies* avec 2 guérisons et 3 fistules et 2 morts. J'ajoute que la clinique et ses adjuvants m'ont toujours permis, dans ces cas, *de guérir mes malades sans avoir recours au cathétérisme des uretères.* Le *manuel opératoire* me paraît devoir être mis au second plan : ce qui prime à l'heure actuelle toutes les autres questions, c'est le *diagnostic* et ce sont les *indications opératoires.*

I. — Le *diagnostic* porte sur deux points : reconnaître l'affection, savoir l'état du rein du côté opposé. Je laisse les cas faciles dans lesquels le passé du malade, les accidents de tuberculose concomitante, l'examen bactériologique ou l'inoculation des urines commandent l'idée de tuberculose. Il en est autrement des cas difficiles; ils se présentent surtout quand le foyer tuberculeux est encore *enfermé dans le parenchyme rénal*, ou quand il existe une *oblitération complète de l'uretère.* J'ai signalé ces fait de tuberculose massive, de dégénérescence caséeuse ou même d'hydronéphrose sans aucun trouble urinaire capable de nous faire reconnaître les lésions : le diagnostic de tuberculose n'est alors qu'une probabilité. Il était tout aussi difficile autrefois de reconnaître un signe de bacillose dans ces hématuries profuses initiales dont je vous ai apporté ici-même la relation sous le nom de « tuberculose rénale à forme hématurique ». Il serait intéressant de savoir *à quel moment* le diagnostic peut être fait; je crois volontiers que la tuberculose rénale, en dehors des formes spéciales auxquelles je viens de faire allusion, ne se manifeste souvent qu'à une époque où les lésions sont déjà anciennes, et largement étendues; je les ai alors toujours trouvées, au moment de l'opération, beaucoup plus étendues que je ne le croyais. Aussi, en disant que toute tuberculose rénale diagnostiquée doit être extirpée, on dit, sauf rare exception, que les lésions déjà graves et étendues sont justiciables de la chirurgie.

II. — Actuellement tout l'intérêt de la discussion porte sur l'*état du rein du côté opposé*, et sur les moyens de le reconnaître. A cet égard le *cathétérisme des uretères* est un moyen efficace, qui, pour sembler neuf, n'en est pas moins déjà ancien à l'étranger. Il y a sept ans déjà que Casper et Nitze nous en ont démontré la possibilité et l'avantage. Je ne connais guère d'année où ils ne soient revenus sur les perectionnements de cette méthode; je

crois utile de le rappeler ici, pour ne pas être dans la cruelle alternative de paraître ignorer leurs travaux ou de les passer volontairement sous silence.

Quels sont donc les faits vraiment nouveaux qui permettent à ce cathétérisme d'acquérir une valeur plus considérable? C'est ce que je veux essayer d'étudier.

Je dirai tout d'abord que je considère le cathétérisme des uretères comme une de ces méthodes dont il faut en général savoir se servir et se passer. Pour le cas particulier de la tuberculose urinaire, j'y aurais recours dans les cas où il est absolument indispensable, et encore sans grand enthousiasme. Je partage sur ce point, en partie, les restrictions de nos collègues, Israël, Kütner et Casper lui-même, le grand promoteur du cathétérisme urétéral, qui redoute cette exploration dans la tuberculose du rein (1); c'est que le cathétérisme urétéral ne donne pas toujours la clef du diagnostic, et il n'est pas exempt de dangers. J'appuie ces propositions sur *trois faits* que j'emprunte à la pratique de ceux qui sont le plus certains de la valeur mathématique, de l'innocuité de la méthode. J'ai vu une malade cathétérisée depuis plusieurs mois pour une pyélite suppurée diagnostiquée et guérie comme telle. Cette femme est rentrée dans mon service : je lui ai enlevé un volumineux calcul du rein que je vous ai présenté. Voilà pour la *perfection du diagnostic*. J'ai été consulté par une malade de Genève, soignée depuis longtemps à Paris et atteinte de pyélite double. Le cathétérisme urétéral, fait dans un but de diagnostic, a, de son aveu, notablement aggravé son état. Je sais une autre malade des environs de Lille qui, simplement explorée dans le même but de diagnostic, est morte quelque quinze jours après cet examen. Je ne veux pas discréditer cette méthode, mais il est nécessaire de rappeler sa valeur devant l'abus qu'on en fait.

Pour ce qui est *de la tuberculose en particulier*, Casper (2) lui-même regarde cette exploration comme dangereuse; et de fait, oser traverser une vessie infectée, tuberculeuse, forcer les barrières naturelles si bien aménagées pour défendre le rein, et alors que ce rein peut être normal, introduire dans l'uretère des produits septico-bacillaires, me paraît absolument imprudent, sinon dangereux. C'est une manœuvre qui n'est justifiée que par des circonstances cliniques spéciales assez rares, car je ne les

(1) *Société de médecine berlinoise*, novembre-décembre 1898. — Voy. égaement, *Berl. klin. Wochenschrift*, 9 janvier 1899, p. 27 et 31.

(2) Casper. Therapeutische Erfahrungen über Ureteren-Katheterismus, *Berl. klin. Woch.*, 9 janvier 1899, p. 29 et 31.

ai jamais rencontrées. Et voici pourquoi il doit être réservé à des cas rares.

Si le simple passage de la sonde peut, à la rigueur, être innocent, son séjour prolongé augmente les dangers d'infection, or nous savons que, pour acquérir une valeur réelle, ce cathétérisme doit être maintenu pendant vingt-quatre heures. Nous savons actuellement que la *cryoscopie* doit porter sur l'ensemble des urines de 24 heures pour donner un résultat *mathématique*. C'est ce que démontrent les recherches du laboratoire de M. Bouchard. Claude et Balthazard (1) ont prouvé que la valeur biologique du rein ne pouvait être réellement établie que sur l'urine de vingt-quatre heures. Ils ont montré que la détermination du point Δ n'avait de valeur qu'à cette condition, et ils ont fait du coup table rase de ce qui avait été écrit avant eux, et de tout ce qui s'appuyait sur ces recherches. Ils ont prouvé que le poids du malade et son régime jouaient dans cette détermination le rôle principal. J'avais été frappé moi-même du peu de résultats fournis par la simple cryoscopie et l'ayant appliquée dès sa découverte voici ce qu'elle me donnait. Je prends ici un cas type suivi pendant longtemps. L'analyse de l'urine a été faite pendant un mois et vous pouvez voir sur cette courbe le parallélisme parfait entre la courbe de la *densité* urinaire de l'*élimination des chlorures* et la *détermination du point* Δ et même de l'*élimination de l'urée* qui cependant, au point de vue de l'osmotoxicité, s'éloigne souvent des précédents. J'ajoute que l'étude de l'élimination du bleu de méthylène suivant la méthode de Castaigne et Achard, donnait des résultats confirmatifs.

L'étude de l'*urine totale*, sans cathétérisme de l'uretère, permet le plus souvent d'avoir des présomptions très sérieuses sur l'état du filtre rénal, puisqu'elle ne m'a jamais trompé. En pratique, nous n'enlevons un rein que s'il est plus nuisible qu'utile. L'urine recueillie dans la vessie en pareil cas est un mélange de la secrétion du rein malade et de celle du rein sain. Si l'analyse chimique et biologique de cette urine montre qu'elle se rapproche très sensiblement de la normale, cela ne peut tenir qu'à la sécrétion du rein supposé indemne. Vous n'avez pas besoin alors d'aller plus loin pour savoir la valeur du rein. Mais si le résultat de cette analyse vous indique que l'état de l'excrétion urinaire totale est insuffisant, je reconnais que, dans ces cas douteux, mais dans ces cas seulement, le cathétérisme urétéral est nécessaire.

Je n'ai pas encore étudié le point de congélation du sang, et

(1) Claude et Balthazard. Des éléments de diagnostic et de pronostic fournis par la cryoscopie des urines, *Acad. des Sciences*, 20 novembre 1899.

vous savez quelle importance on donne à cette constatation depuis les recherches de von Koranyi, qui admet qu'au-dessus de — 0,56 le fonctionnement rénal est compromis au point de contre-indiquer la néphrectomie. Si cette donnée fournit des résultats positifs, elle me paraît moins dangereuse à chercher que le cathétérisme urétéral.

En somme, je ne crois pas que le cathétérisme explorateur de l'uretère tranche toujours et impunément le diagnostic de bilatéralité des lésions rénales tuberculeuses. C'est un excellent moyen auquel il faut recourir dans les cas particulièrement douteux, mais dont il ne faut pas abuser. Les progrès de la clinique nous fournissent souvent des occasions de nous renseigner aussi exactement sans avoir recours à aucune manœuvre. Combien de fois n'ai-je pas vu des urines purulentes devenir subitement claires et témoigner ainsi du fonctionnement d'un seul rein, dont on pouvait alors examiner la valeur chimique et biologique !

II. — Ceci dit, j'arrive aux *indications opératoires*. La tuberculose rénale ne relève de la chirurgie que dans des cas spéciaux. Je ne crois pas qu'il soit possible de donner à cet égard une formule absolue. C'est ainsi que les tuberculoses rénales que j'ai vues depuis un an m'ont toutes paru ne pas devoir bénéficier d'une intervention. Toutes les fois que cette localisation bacillaire nuit par son existence à la santé générale du sujet, elle doit être l'objet d'une intervention. J'ajoute que cette intervention sera d'autant plus efficace que la lésion rénale sera *primitive* et mieux localisée. C'est dire que toute tuberculose rénale primitive pourra être extirpée. Mais cette formule n'est pas compromettante, car nous savons combien les lésions rénales restent souvent muettes, et trop souvent leurs signes cliniques ne se manifestent qu'alors que les lésions sont très étendues. A part les formes hémorragiques, assez rares, nous ne voyons que tardivement les lésions bacillaires du rein. Nous ne pensons pas que la question de multiplicité des localisations tuberculeuses dans la vessie, la prostate, les vésicules ou le testicule joue ici un rôle prépondérant ; le tout est de bien savoir quelle part la *lésion rénale* prend dans les signes observés chez le malade.

A côté de ces indications générales, la détermination de la valeur du rein supposé normal constitue le facteur important. Je dirai toutefois qu'il faut des lésions relativement avancées de ce rein pour présenter un danger au point de vue opératoire. Des observations nombreuses montrent une longue survie malgré des lésions bilatérales. Dans tous les cas où elle est possible, la *néphrectomie lombaire* sus-capsulaire est la méthode de choix. Je réserve la *néphrotomie* à ces grosses pyonéphroses avec accidents

fébriles, état cachectique des malades, dans tous ces cas où une longue et laborieuse opération peut causer des chances de mort. Après la néphrotomie, j'ai toujours conseillé de ne pas laisser s'établir des fistules, et je fais, aussitôt que possible, ce que j'ai appelé la *néphrectomie secondaire précoce*. J'ai agi dans deux cas de cette façon, et mes deux opérés ont guéri. Si l'état général du malade le permet et si l'état de l'autre rein est bien établi, je fais la néphrectomie d'emblée. C'est ce que j'ai fait, il y a deux ans, chez une jeune malade de mon collègue Siredey et avec un plein succès.

III. — Les *résultats éloignés* de ces opérations sont très encourageants; ils ont dépassé de beaucoup mes espérances, et j'ai pu écrire que de toutes mes opérations pour tuberculose viscérale, la *néphrectomie pour bacillose rénale est celle qui m'a donné le plus de satisfaction*. Presque tous mes opérés sont encore vivants. Une femme que j'ai néphrectomisée il y a neuf ans à Beaujon était encore en excellente santé quand mon ami Desnos m'a donné de ses nouvelles; deux autres malades opérés depuis six et sept ans, l'un avec mon collègue Parmentier, l'autre envoyée de Bône, sont actuellement en bon état. Une jeune Russe, dont j'ai rapporté l'histoire ici même, et qui présentait une ulcération bacillaire de l'orifice uretéro-vésical, il y a six ans, était bien portante l'an dernier quand je l'ai vue à Salzburg; mes six autres opérés, depuis quatre, trois et deux ans, sont bien portants. — La forme clinique de leur tuberculose ne semble pas avoir d'influence sur ces résultats définitifs de néphrectomie. Ainsi, ma première malade avait une *dégénérescence caséeuse* et calcaire de son rein; la seconde avait une *pyonéphrose* avec pseudo-coliques néphrétiques; ma troisième malade avait une *tuberculose avec hémorragie* que j'ai appelée « tuberculose à forme hématurique »; cette jeune Russe présentait plusieurs *abcès froids intrarénaux*, et une uretérite tuberculeuse avec dilatation; les autres avaient des dégénérescences caséeuses ou des pyonéphroses; ils ont guéri sans fistule.

IV. — Cette dernière constatation m'amène à vous parler de la *conduite à tenir en face de l'uretère*. La néphrectomie faite, ou même avant d'extirper le rein, son canal excréteur est exploré. J'ai fait autrefois étudier l'uretérite tuberculeuse par mon élève, M. Fischer (1), et nous étions arrivés à cette conclusion qu'il existait une uretérite *oblitérante*, avec épaississement fibro-graisseux péri-uretéral et une uretérite *ulcéreuse* avec dilatation, ces deux formes pouvant d'ailleurs coïncider. D'une façon générale, toutes les fois que je trouve un *uretère dilaté*, je pense qu'il existe une obstruc-

(1) Fischer. Tuberculose de l'uretère, *Thèse* de Paris, 1893.

tion incomplète vers sa partie inférieure. Dans ces cas, je m'efforce d'enlever l'uretère aussi loin que possible, et j'y arrive souvent par l'incision lombaire très peu agrandie. Si l'uretère est rétréci, ratatiné, atrophié, je le cautérise au thermocautère et je le ferme au catgut. Je n'ai jamais eu de fistules persistantes, mais je connais des malades qui présentent cette complication, parce que cette distinction n'a pas été établie.

En somme, les opérations contre la tuberculose rénale, quand elles sont bien justifiées, donnent des résultats aussi brillants que durables et constituent un progrès à maintenir dans la thérapeutique de cette affection.

Discussion

Sur l'asepsie opératoire.

M. Rochard. — Messieurs, je n'ai pas à vous apporter des expériences aussi intéressantes que celles de mon ami Bazy; mais la question soulevée par M. Quénu me paraît si importante que j'estime que nous devons tous donner notre avis et c'est pourquoi je vous demande la permission de vous soumettre les quelques réflexions que m'a suggérées sa communication. Nous devons féliciter notre collègue des louables efforts qu'il fait pour défendre l'asepsie opératoire; mais il me semble qu'emporté par le désir de mieux faire il dépasse peut-être un peu le but, et je vais m'efforcer de le démontrer.

Je n'aborderai pas la question si importante des locaux, la division des services en septiques et aseptiques, l'importance de la disparition des salles d'opérations communes à plusieurs chirurgiens, la nécessité de l'eau stérilisée, et bien d'autres points sur lesquels M. Quénu trouvera toujours l'appui de ses collègues pour réclamer de l'Assistance publique qu'elle donne aux malades de tous les quartiers de Paris les mêmes chances de guérison, et malheureusement de ce côté il y a beaucoup à faire.

Je veux seulement discuter un côté de la question, côté sur lequel M. Quénu a particulièrement insisté. C'est la désinfection des mains.

M. Quénu, parlant des expériences de laboratoire et raisonnant comme un mathématicien, nous dit : « Les mains ne peuvent être stérilisées, il faut donc se servir de gants pour toutes les interventions. »

Voilà qui est parfait et si M. Quénu nous avait apporté un ensemble complet de stérilisation appuyant sa doctrine sur une pratique inattaquable, nous aurions certainement adopté sa manière de voir; mais M. Quénu aura beau faire, il ne pourra jamais arriver à une asepsie complète de l'acte opératoire, il ne pourra jamais écarter les causes d'infection provenant de l'opéré, il ne poura pas rendre stérile le revêtement cutané et supprimer l'inoculation possible faite par le microbe cause de la maladie pour laquelle on opère.

Son système s'écroule donc sur plusieurs points: il est arrêté par des impossibilités, il ne fait comme nous qu'approcher du but, et c'est dans la mesure de ce qu'on peut faire et de ce qu'on ne peut pas faire que nous différons. Il trouve que nous n'allons pas assez loin; nous trouvons qu'il exagère.

Pour ma part, je me sers de gants, que je considère comme un perfectionnement; mais je les mets pour ouvrir les phlegmons, opérer les empyèmes, gratter les abcès froids, en un mot, pour toutes les interventions infectantes qui ne réclament pas un toucher délicat.

Je ne les emploie pas dans les opérations délicates sur l'abdomen parce que je pense que l'interposition d'une membrane en caoutchouc, si mince qu'elle soit, entre les doigts et les organes, cause une infériorité de toucher plus préjudiciable aux malades que les chances d'infection qui peuvent provenir de mes mains convenablement lavées.

On me répondra qu'on peut pratiquer toutes les interventions avec des gants; c'est possible, mais on ne prouvera jamais qu'une main gantée a l'habileté d'une main qui ne l'est pas, et si elle peut arriver au même résultat, ce que je nie, c'est en y mettant plus de temps, c'est par conséquent en allongeant l'acte opératoire. Du reste, M. Quénu nous dit : « Il est des cas où le gant est gênant pour une opération septique : les opérations sur les os, les débridements sur le doigt, certaines appendicites aiguës comportent mal l'usage des gants. » Je trouve qu'il en est de même pour les opérations aseptiques.

De plus, le gant de caoutchouc peut se déchirer, sans qu'on s'en aperçoive immédiatement; la chose nous est arrivée; on peut le perforer avec l'aiguille de Reverdin, en plaçant une ligature profonde, et pour ma part, j'ai toujours été inquiété par le liquide qui s'écoule du gant au niveau du poignet, dès qu'on élève un peu les mains, liquide qui est bien antiseptique au moment de l'opération, mais, qui, à la fin, est devenu septique, car il est en grande partie formé par la transpiration exagérée par la présence du caoutchouc.

Voilà les raisons pour lesquelles je n'emploie pas les gants pour les opérations dites aseptiques. Je pense de plus qu'on peut sans se stériliser les mains les désinfecter suffisamment. En évitant la veille d'une intervention les contacts infectants, en prenant bien soin de ses mains, en évitant les gerçures, et en se lavant au moins dix minutes avec de l'eau stérilisée, il me semble qu'on peut aborder une séreuse avec une conscience tranquille. Je vais même plus loin, et j'estime que dans certaines circonstances, un chirurgien, n'ayant pas de gants en état à sa disposition, a plus de chances d'être utile à un malade, en l'opérant, après avoir pratiqué une intervention septique qu'en remettant cette intervention ou en la retardant; il est des circonstances où on peut se trouver seul, et il ne faut pas donner au praticien un prétexte trop facile de fuir l'opération en se retranchant derrière la contamination de ses mains.

Les cas cités par M. Bazy sont nombreux. Il est certainement arrivé, il y a quatre ou cinq ans, à beaucoup d'entre nous de faire une laparotomie après un toucher infectant et de guérir nos malades. La chose s'est même peut-être produite pour M. Quénu avant qu'il ne reçût ses gants d'Allemagne, et, pour citer un cas récent, j'ai un rapport à faire sur une observation dans laquelle M. Morestin a sauvé une malade atteinte d'occlusion intestinale à la Maternité. Il était de garde et sortait de faire à la Charité une laparotomie pour péritonite suppurée.

Méfions-nous de la façon dont le public, toujours attentif à ce qui regarde la chirurgie, peut interpréter ce que nous disons. N'avons-nous pas vu tout dernièrement encore, des journaux politiques demander que le chirurgien fût rasé comme une effigie de médaille? craignons qu'il ne nous reproche bientôt d'être attaché à un hôpital, comme il l'a fait autrefois pour les accoucheurs.

J'estime donc qu'on peut se désinfecter les mains; mais il est de toute évidence que cette désinfection sera d'autant plus parfaite que toutes les précautions compatibles avec le bon exercice de notre profession auront été prises. Dans ces conditions quel danger fait-on courir à ses malades? Aucun, l'ennui de la suppuration d'un point de suture et voilà tout! Je pense que lorsque nos opérés meurent de péritonite, elle est plutôt due au pus d'une salpingite, au contenu septique de la cavité utérine du vagin ou de l'intestin qu'aux mains de l'opérateur et si on ne pouvait pas leur attribuer une autre cause, je dirais que ce n'est pas parce qu'on ne peut pas se désinfecter les mains, mais parce qu'elles ont été mal désinfectées.

Je termine par un mot sur la fréquentation des amphithéâtres

d'anatomie, par le personnel chirurgical. M. Quénu nous a dit qu'il se servait toujours de gants pour disséquer, il considère par conséquent comme réelle, l'infection causée par la manipulation des sujets même injectés.

C'est là une question des plus sérieuses car les précautions que peut prendre M. Quénu, en s'étant fixé deux jours par semaine pour aller à Clamart, ne peuvent être réalisées par un chef des travaux, des prosecteurs et des élèves qui quotidiennement vont à l'amphithéâtre d'anatomie, et font tous les matins des pansements à l'hôpital.

M. Terrier. — Messieurs, la question soulevée par notre collègue M. Quénu, à propos de l'asepsie chirurgicale, n'est pas absolument nouvelle, et je ne puis que m'étonner un peu, de voir notre autre collègue M. Tuffier reprocher à son confrère de ne pas l'avoir cité dans sa communication.

L'idée même de l'asepsie appartient à Pasteur et à lui seul; les chirurgiens l'on suivi, et ont peu à peu modifié leur mode de faire, à mesure que les termes du problème à résoudre étaient plus nettement définis.

Entre l'antisepsie, qui constituait un progrès énorme et l'asepsie s'est placée une manière de faire dans laquelle on associait les deux méthodes, période *mixte* comme je l'ai dit il y a déjà quelques années et qui donnait des résultats incontestablement meilleurs que la méthode antiseptique.

Peu à peu, cette méthode mixte s'est simplifiée et on en est arrivé à n'utiliser la plupart du temps que l'asepsie.

Restait un point noir dans l'emploi de cette méthode aseptique, c'était le nettoyage des mains des aides et du chirurgien — celui des téguments du malade.

Pour ce nettoyage, que de procédés utilisés — tous antiseptiques bien entendu — et combien d'expérimentateurs ont démontré l'insuffisance fréquente de ces moyens. Après un savonnage fait avec le plus grand soin, j'arrivai à stériliser mes mains pour le début de l'opération. Mais à mesure que l'opération s'exécutait, mes mains devenaient septiques, ou du moins appliquées sur de la gélatine, elles l'ensemençaient de staphylocoques blancs. Telles furent au moins les résultats que nous constatâmes à plusieurs reprises, mon interne d'alors M. le Dr Morax et moi.

L'indication était donc simple ou plutôt le paraissait : multiplier les lavages des mains pendant l'opération et utiliser dans ce but une solution antiseptique d'ailleurs faible : ce fut le bichlorure de mercure à 1 p. 2 et 3000 d'eau bouillie stérilisée.

C'est ce que je fis pendant assez longtemps; toutefois cette

manière de procéder n'est pas exempte d'inconvénients pour les téguments des mains d'un chirurgien qui fait tous les jours de longues opérations.

Je cherchai donc à compléter ce nettoyage pendant l'opération, grâce à l'*essuyage* fréquent de mes mains avec des compresses stérilisées. Ce que j'emploie encore aujourd'hui.

De plus, je diminuai le titre de la solution antiseptique au bichlorure qui me servait pour mes mains.

Enfin, j'arrivai à n'employer dans bien des cas que de l'eau stérilisée par l'ébullition prolongée, ou du sérum artificiel (eau stérilisée salée à 7 p. 1000). Ces diverses manières de faire, combinées toujours avec l'asséchement des mains par des compresses stérilisées humides, me donnèrent de bons résultats, et je n'eus pas à regretter ce *modus faciendi*, bien au contraire.

Aussi, je ne me sens pas porté à imiter notre collègue M. Tuffier, qui prétend parfaire l'asepsie de son intervention dans les opérations aseptiques, en utilisant des gants de fil remontant jusqu'au dessus du coude. D'autant que je ne comprends pas bien comment les gants perméables peuvent servir de barrière infranchissable aux sécrétions septiques des glandes cutanées, surtout lors de longues interventions.

Lorsqu'on peut se passer des gants, je pense qu'il faut le faïre; vous évitez ainsi une difficulté dans la pratique des opérations délicates. Et quoi qu'on en ait dit, je n'ai jamais vu de dame, faisant des ouvrages d'aiguille difficiles, s'empresser de mettre des gants et prétendre que ceux-ci ne la gênent pas. Bien au contraire, toutes celles que j'ai interrogées m'ont affirmé que cette gêne était indiscutable, ce que je conçois facilement.

Mais, j'aborde maintenant une question qui me paraît capitale.

Les mains d'un chirurgien qui fait des opérations aseptiques et des opérations septiques, peuvent-elles être stérilisées efficacement par des lavages répétés?

Je ne le crois pas — au moins dans la majorité des cas — et quelle que soit la nature de la composition des multiples antiseptiques, qui aient pu être utilisés pour obtenir ce résultat.

En cela, Messieurs, je me sépare absolument de ceux de nos collègues qui croient à la possibilité facile de cette stérilisation.

Pour mon compte personnel, je ne voudrais pas être opéré par un chirurgien, qui, la veille ou *à fortiori* le jour même de l'opération aurait contaminé ses mains en pratiquant une opération septique.

Un chirurgien qui, dans une même séance, comme cela se pratique à l'hôpital, fait successivement des opérations aseptiques,

puis des opérations septiques, peut-il recommencer le lendemain, sans crainte de contaminer ses nouveaux opérés aseptiques?

Je ne le crois pas encore, quels que soient ses procédés de lavage des mains ; quelques antiseptiques chimiques il ait utilisés.

Je ne puis vous dire exactement quel temps il faut laisser passer entre une opération septique ayant fatalement contaminé les mains de l'opérateur et une opération aseptique. Mais à coup sûr je ne me permetterai cette succession d'interventions qu'avec un intervalle d'au moins quarante huit-heures.

Que faut-il donc faire pour éviter ces graves inconvénients qui mettent en jeu la vie des blessés ou des malades opérés?

Faire tout son possible pour ne pas se contaminer les mains. Cela est évident.

L'usage des protecteurs en caoutchoue pour le toucher et en particulier le toucher rectal. L'emploi des gants *imperméables* pour faire des opérations septiques me semble donc tout à fait rationnel, et je conçois qu'ils soient acceptés par la majorité d'entre nous.

Je conçois même qu'une opération considérée comme aseptique et commencée avec les mains nues, devenant tout à coup septique, par exemple lors de l'ouverture accidentelle d'une poche purulente, le chirurgien ait tout prêts des gants imperméables et les utilise, soit momentanément soit pour terminer l'intervention,

Je n'ai jamais agi ainsi, mais je m'explique qu'un opérateur le fasse; toutefois, je ne puis accepter sans protester la dénomination d'homme sale, que notre collègue Tuffier adresse au chirurgien qui pratique le toucher vaginal ou l'examen de la langue et de la bouche sans gants. Passe encore pour le toucher rectal, et encore le jugement n'est-il pas sans appel.

Malheureusement, malgré ce qu'on en a dit, l'habileté opératoire n'est pas aussi complète quand on se sert de gants, et le toucher n'est pas aussi délicat qu'avec les doigts libres. Pour mon compte personnel, je ne me sentirais pas très à l'aise pour faire, *ganté de caoutchouc*, des sutures gastriques ou intestinales, pour placer des ligatures profondes, pour faire des sutures viscérales, etc. Il y a, comme je vous l'ai fait pressentir, un autre procédé de garder ses mains aseptiques, — au moins autant que faire se peut, — c'est d'éviter leur contamination dans la pratique des opérations septiques. Dans ce but, on peut suivre quelques règles de conduite, au moins dans nos services de chirurgie ; par exemple, avoir deux assistants, l'un pour les opérations aseptiques, l'autre se chargeant des interventions septiques. C'est le procédé que j'ai suivi dans ces derniers temps, en particulier depuis mon entrée à

la Pitié, dans le service de la clinique chirurgicale. Or, le résultat a été excellent, puisque sur 46 opérations faites pendant le premier trimestre de cette année j'ai obtenu 45 succès (1).

J'ai dit que c'était *à peu près* le procédé que j'avais suivi, parce que, en effet, n'ayant à ma disposition qu'un assistant, celui-ci faisait à la fois les opérations septiques et aseptiques en s'efforçant, bien entendu, de commencer par les opérations aseptiques et de finir par les septiques toutes les fois que cela était possible. Il utilisait, en outre, tous les moyens vantés pour la stérilisation des mains, par l'emploi des aseptiques minéraux. Or, voici ce que nous avons souvent observé : à traumatisme égal et même inférieur, la température post-opératoire montait un peu plus, quand l'intervention était faite par mon assistant. En outre, — fait très intéressant, — les fils de soie, stérilisés comme ceux que j'utilisais étaient parfois expulsés, ce qui ne m'est jamais arrivé pour mes 45 premières opérations.

Il est certain que le procédé décrit ci-dessus n'est pas toujours utilisable, par exemple pour un chirurgien qui ne peut disposer d'aides suffisants. Celui-là doit fatalement user des procédés mixtes pour la désinfection de ses mains et des mains de ses aides. En face de la nécessité d'opérer des malades septiques, il doit user des moyens de protection vantés, c'est-à-dire l'emploi des gants imperméables. Il ne peut faire autrement.

Mais cet emploi ne me paraît pas fatalement nécessaire dans bien des circonstances, et surtout dans un service organisé, alors que le chef de service peut disposer de deux assistants expérimentés.

Du reste, Messieurs, avec des précautions, il m'est arrivé assez souvent, et encore tout récemment, d'ouvrir une collection purulente, ancienne ou récente, un abcès du thorax, une collection de la plèvre, après résection d'une ou plusieurs côtes, sans me contaminer les mains. C'est une habitude à prendre, et elle me paraît, à tous égards, des plus utiles.

La désinfection des téguments du malade ou du blessé est toujours fort simple, au moins je la trouve telle. Nous nous servons de ouate de bois, stérilisable par l'ébullition ou la vapeur sous pression et de savon antiseptique liquide. Ce lavage bien fait, — sans écorcher la peau, ce qui me paraît assez médiocre et ce qui arrive par l'emploi des brosses dures, — on essuie les téguments avec des compresses stérilisées, puis on lave encore ces téguments avec une solution de sublimé à 1/2 p. 1000.

Parfois, j'ai utilisé pour ce second lavage l'eau bouillie stérilisée ou le sérum artificiel (à 7 grammes p. 1000).

(1) J'en suis aujourd'hui à la 76e opération, avec 74 succès.

Je n'emploie plus les lavages à l'alcool, ceux à l'éther, mais je ne les critique pas pour cela. Ils me semblent superflus.

L'usage des blouses stérilisées ou non, pour les assistants étrangers, ne me semble pas très utile; il suffit que mes aides immédiats portent des blouses et aient les mains bien lavées et non contaminées. L'emploi des bonnets spéciaux, des masques, ne me séduit pas.

Le meilleur bonnet est d'avoir les cheveux coupés assez courts; le meilleur masque est de s'astreindre à ne pas parler pendant qu'on opère. Je conseillerai aussi aux chirurgiens de ne pas porter une longue barbe pour n'être pas obligé, soit de l'envelopper dans une serviette, soit de la cacher derrière un masque.

En résumé, Messieurs, je crois qu'il faut tendre à simplifier, autant que possible, notre pratique chirurgicale de l'asepsie et éviter les complications inutiles, quand leur nécessité n'est pas tout à fait démontrée par la clinique.

Notez bien que je ne parle pas des expériences *in vitro*; il faut que nous les connaissions très bien, c'est indiscutable, elles doivent nous guider, mais en les suivant à la lettre on arrive à trop compliquer les choses.

Un exemple en terminant : l'existence des nombreux microbes de l'air est incontestable; combien leur existence nous a tourmentés, que de méthodes pour s'en débarrasser, le spray, la filtration de l'air par l'ouate, etc.; or, qui s'en occupe pratiquement aujourd'hui pendant une opération chirurgicale faite dans les conditions normales et les opérés n'en guérissent pas moins bien.

Et d'ailleurs, Messieurs, le problème à résoudre pour faire et mener à bien une opération aseptique, est plus complexe qu'on ne le croit.

Le chirurgien par son asepticité, toujours relative scientifiquement parlant, ne fait pas une expérience de laboratoire, il est en présence d'un malade ou d'un blessé, qui se défend contre toute intoxication, par phagocytose.

Il est certain que celle-ci se fera d'autant plus facilement que l'inoculation aura été plus faible; il faut donc réduire au minimum cette inoculation possible, comme on active au maximum la résistance du sujet par les injections de sérum artificiel.

Présentations de malades.

Pleurésie purulente.

M. Souligoux présente un malade chez lequel il pratiqué la résection d'une grande partie de la cage thoracique d'un côté, avec le décollement du poumon de la paroi thoracique. — M. Peyrot, rapporteur.

Fracture de la rotule.

M. Arrou présente une jeune femme de trente-deux ans qui a été atteinte d'nne fracture de la rotule droite avec 2 centimètres et demi d'écartement. Cerclage le 13 avril, quarante-huit heures après l'accident, avec un fil d'argent moyen. Quatre fils de catgut sont placés sur les tissus fibreux. Surjet cutané au catgut.

La malade massée dès le 7e jour a marché après dix-huit jours de repos au lit, elle marche maintenant assez convenablement; mais la flexion n'est pas complète, elle gagne de jour en jour sous l'influence de la marche. La malade ne ressent plus aucune douleur.

Malades atteints de mal de Pott porteurs de corsets ininflammables en celluloïd.

M. Jalaguier. — J'ai l'honneur de vous présenter, au nom de M. Ducroquet, mon élève, quatre malades atteints de mal de Pott et porteurs de corsets ininflammables en celluloïd avec bandes de renforcement en acier fortement trempé.

Trois de ces malades sont munis des modèles de corsets que je vous ai présentés il y a quelque temps.

Voici un autre enfant atteint de mal de Pott de la deuxième dorsale; il porte un corset muni d'un col qui prend l'occiput et la partie antérieure du maxillaire inférieur comme point d'appui supérieur. Ce col est fixé au corset au moyen de quatre tiges d'acier qui peuvent être montées et descendues à volonté. Le point d'appui inférieur de ces tiges est combiné de telle façon que le poids de la tête est reporté aux épines iliaques.

La partie supérieure de l'épaule ne supporte aucune pression, ce qui dans le cas présent est de la plus haute importance.

Voici, enfin, appliqué sur un moule en plâtre, un « lit-corset » qui peut servir à la fois de lit et de corset. Il est fait pour un petit enfant de trois ans atteint de mal de Pott dorsal supérieur. Toute la partie antérieure du corset est amovible. Si l'on enlève cette partie, l'enfant se trouve avoir libre de toute pression la moitié antérieure de la cage thoracique et de l'abdomen. Toutefois les points d'appui de la partie antérieure de l'épaule, de la tête et du bassin sont conservés; c'est en cela que ce lit diffère essentiellement de la gouttière de Bonnet, du lit plâtré de Lorenz ou autres appareils de ce genre qui ne tiennent nul compte des points d'appui.

On peut, du reste, faire un lit semblable en plâtre.

Le Secrétaire annuel,

AD. JALAGUIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 30 MAI 1900

Présidence de M. RICHELOT

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Un travail de M. Charles BROOKS BRIGHUIN (de San-Francisco), intitulé : *La résection du coude pour ankylose, avec quelques cas et une série de radiographies.* — Ce travail est renvoyé à une commission ; M. P. BERGER, rapporteur.

3° Un travail de M. PLUYETTE (de Marseille), intitulé : *Calculs de l'urètre.* — Ce travail est renvoyé à une commission ; M. GUINARD, rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

M. QUÉNU. — Je tiens essentiellement à rectifier une opinion que me prête, à tort, M. Rochard.

Je n'ai dit nulle part qu'il faut se servir de gants pour toutes les interventions ; je ne conseille l'usage des gants pour les opérations aseptiques que dans les cas où, ayant pratiqué la veille ou même l'avant-veille une opération septique, le chirurgien doute de l'asepsie de ses mains.

M. ROCHARD. — Je reconnais absolument que la phrase mise dans ma communication du 23 mai n'a pas été empruntée au texte de M. Quénu et que c'est par une erreur de typographie

qu'elle a été mise entre guillemets, et je suis heureux de constater que, contrairement à ce que beaucoup de mes collègues et moi avions compris, M. Quénu n'admet pas la nécessité de gants pour toutes les interventions aseptiques, mais seulement dans le cas où on a pratiqué la veille ou l'avant-veille une opération septique, ce qui se rapproche de la pratique courante.

Communication.

De l'incision prérectale des abcès pelviens appendiculaires,

par M. DELANGLADE (de Marseille).

Messieurs, j'ai dû recourir à l'incision prérectale pour aborder des abcès pelviens d'origine appendiculaire dans trois circonstances très différentes. La première fois il s'agissait d'une péritonite à foyers multiples. Celui du petit bassin ne put être atteint autrement.

Dans les deux autres cas il y avait appendicite primitivement pelvienne. Pour l'une, assistant au début des accidents, il me parut formellement indiqué de procéder par le périnée, et ce fut favorable. L'autre présentait déjà, quand je la vis, un prolongement iliaque. L'ayant, avec difficulté et non sans péril, ouvert par la voie iliaque, je fus obligé à seize jours d'intervalle de l'inciser à nouveau par en bas. Voici, très résumées, ces observations :

Obs. 1. — La première concerne une fillette de neuf ans, auprès de laquelle je fus appelé par le Dr Alezais, le 8 avril 1899. Des symptômes d'appendicite légère avaient apparu l'avant-veille, s'étaient amendés la veille, lorsque brusquement, dans la nuit du 7 au 8, avaient éclaté une douleur abdominale atroce et des symptômes péritonéaux graves. A l'examen (consultation avec les Drs Alezais et Trastour) il y avait météorisme, douleurs et contracture dans tout l'abdomen avec prédominance très nette à droite dans la région appendiculaire. Température 38°7. Pouls dépassant 140. Extrémités froides, teint plombé, yeux excavés, langue humide, absence totale de gaz par l'anus, vomissements porracés très fréquents.

Intervention le soir même. Incision sur le bord externe du grand droit. Dès que le péritoine est ouvert, il s'écoule une notable quantité de liquide séro-purulent horriblement fétide, sans tendance apparente à l'enkystement. Recherche prudente de l'appendice qui est trouvé en arrière et en dedans du cæcum, sphacélé sur une hauteur de 2 centi-

mètres environ, perforé sur la moitié de sa circonférence à l'union de son tiers supérieur et de ses deux tiers inférieurs. Résection. Drain de caoutchouc. Mèches de gaz stérilisées.

Amélioration progressive pendant plusieurs jours. Le pouls descend à 120 puis 100. Les vomissements et le météorisme cessent. Emission de gaz par l'anus. Cependant, par la suite, la température, loin de revenir à la normale, remonte. Il apparaît dans la région lombaire un léger empâtement avec voussure, de la submatité, de la douleur à la pression, le tout peu accusé, un soupçon d'œdème. Incision, avec le Dr de Rouville (de Montpellier), d'une collection très fétide du volume d'une mandarine; ce pus, ensemencé par le Dr Engelhardt, contenait une flore microbienne des plus variées avec prédominance du coli. J'eus le tort de réunir par un plan de sutures profondes les muscles et la peau autour du drain. Aussi la fièvre s'éleva-t-elle encore, en relation avec des phénomènes inflammatoires au niveau de la plaie qui fut dès le deuxième jour désunie et soumise au pansement humide.

Le 21 avril au matin, la température s'élevant de nouveau (elle n'était pas revenue à la normale), apparurent des phénomènes inquiétants du côté gauche de l'abdomen. Mon maître, M. Broca, fut appelé en consultation. Dans l'après-midi cependant, les signes, de ce côté, s'amendèrent, tandis qu'à droite, au-dessus de la plaie lombaire, s'en montraient d'autres assez nets pour inciter à une intervention immédiate. J'agrandis par en haut l'incision lombaire, ouvris deux ou trois collections du volume d'un dé à coudre tout au plus, d'aspect plutôt séreux que purulent, le long du côlon ascendant.

Le lendemain, M. Broca constata sous chloroforme l'absence de tout foyer péritonéal enkysté, et notamment du côté gauche de l'abdomen, mit au net les petits diverticules de la plaie lombaire, et, comme un décollement iliaque avait été produit au cours de la deuxième intervention, le fit communiquer avec la plaie antérieure, plaça un gros drain dans le trajet et conseilla de continuer le pansement humide.

Pendant les semaines suivantes, la température continua à osciller entre 38° et 39°, le pouls entre 100 et 120, les plaies restant atones, cependant que l'aspect général était relativement bon, l'alimentation par le lait, les œufs et des purées, satisfaisante, les selles régulières et normales, le ventre souple et indolent.

Le 14 mai, en présence de l'augmentation progressive du pouls et de la température, et en l'absence de toute localisation péritonéale, incision du large pont compris entre les plaies antérieure et postérieure, préalablement approuvée par M. Broca et décidée en consultation avec les médecins habituels et le professeur Carrieu, de Montpellier.

Dans l'énorme plaie constituée par la division de tous les muscles de la paroi antéro-latérale de l'abdomen, de la masse sacro-lombaire au grand droit, apparurent soudainement, le lendemain et le surlendemain, trois abcès péritonéaux très fétides et très volumineux qui purent être ouverts à la sonde cannelée, sans anesthésie, et largement drainés. Le plus gros se portait vers le bord antérieur du foie.

Le 17 mai, M. Broca revint voir l'enfant et ouvrit par incision iliaque

gauche une petite collection en voie de formation, comprise entre deux anses intestinales.

Le 21 au matin, je perçus par le toucher rectal une tuméfaction du volume d'un œuf, arrondie, résistante, et bombant dans sa cavité. Malgré la présence des deux incisions iliaques, je ne crus pouvoir l'aborder par en haut, de peur de traverser le péritoine libre, et proposai de l'inciser par la voie prérectale, ce qui fut accepté et fait le matin même. Il s'écoula du pus fétide en quantité plus grande que je ne m'y attendais; le doigt, introduit dans la poche avec précaution, constata qu'elle se bifurquait bientôt, un de ses prolongements, le plus volumineux, se portant à droite, l'autre à gauche, tous deux au-dessous des foyers ouverts par la paroi abdominale antérieure. Un gros drain fut placé dans chacun d'eux et, ce soir là, la partie parut gagnée, car, pour la première fois depuis le début de la maladie, la température descendit au-dessous de 38° et le pouls au-dessous de 90.

Malheureusement, la fièvre se rallumait le lendemain, et, le 23 au soir, apparaissaient de la diarrhée, une perforation du cœcum, de la paraplégie avec abolition des réflexes rotuliens et incontinence des sphincters, sans troubles de la sensibilité.

Le 24 au matin, l'enfant était dans le coma, on percevait dans la région lombaire gauche une grosse voussure rénitente au niveau de laquelle la pression faisait exécuter à l'enfant quelques mouvements de défense. Elle fut très rapidement incisée; il s'écoula une quantité énorme de pus, mais l'enfant ne reprit pas connaissance et succomba doucement deux heures après.

Obs. II. — Jeune homme de dix-huit ans, pris subitement le 1er juillet à 11 heures du matin, à la campagne, d'une douleur brusque dans le ventre et de vomissements alimentaires. Le lendemain, on lui donne 40 grammes d'huile de ricin et un lavement au séné. On le sonde à cause d'une sorte de ténesme vésical, mais on ne retire que peu d'urine. A 10 heures du matin, il a un deuxième vomissement alimentaire. Le Dr d'Astros, appelé le soir seulement pour la première fois, constate la présence d'une appendicite et institue le traitement médical : diète absolue, extrait thébaïque, glace. La température était de 39°4 (axillaire). Le pouls 92. Le lendemain, l'état étant resté stationnaire (à midi, température 39°4, pouls 96), il veut bien me prier de le voir avec lui. Ce que nous faisons à 8 heures du soir. Et nous apprenons que pendant la journée les douleurs ont augmenté d'intensité, qu'il y a eu à 6 et à 7 heures des vomissements franchement verts qui nous sont montrés, qu'à plusieurs reprises dans l'après-midi il y a eu une diarrhée fétide et muqueuse (le vase nous est également montré), que l'agitation a été extrême et que le jeune homme n'a pas gardé régulièrement les vessies de glace sur le ventre. Il présente le facies abdominal, les traits sont tirés, le nez effilé, les yeux enfoncés; la langue est humide; les extrémités sont fraîches plutôt que froides. La température a baissé à 37°9, mais le pouls est à 100 et est devenu dépressible. Le ventre est modérément météorisé. Il y a de la contracture et de la

sensibilité superficielle dans toute la région sous-ombilicale, mais pas de douleur localisée nette au point de Mac Burney. Le malade ne donne d'ailleurs à cet égard que les renseignements les plus irréguliers, accusant le maximum de souffrance tantôt à droite, tantôt à gauche, tantôt sur la ligne médiane. Le toucher rectal ne donne aucune sensation objective particulière. En présence de l'aggravation des symptômes et notamment de la dissociation du pouls et de la température, nous pensons à une intervention immédiate et revenons à 10 heures avec tout ce qu'il faut pour la pratiquer, s'il y a lieu, après consultation avec le Dr Maurice Jourdan.

Pendant cet intervalle il s'est produit un nouveau vomissement vert, mais il y a eu aussi émission de deux ou trois gaz. Le pouls a légèrement baissé, 96 d'abord, 92 ensuite. Aussi, après longues réflexions, tenant compte surtout de l'absence de localisation nette au siège normal de l'appendice et de cette légère tendance à l'amélioration, nous décidons-nous à surseoir au lendemain matin pour l'opération.

Or, à 7 heures, la situation a singulièrement changé: la température est à 37°6, le pouls à 76. Le soir, 37°8, pouls 72. Il y a pourtant eu à 10 heures un vomissement porracé très abondant et très liquide.

Les jours suivants la température reste au-dessous de 38 et le pouls au-dessous de 60 (cependant nouveau vomissement porracé le 5, avec 37°3 et 60). Première selle spontanée le 8.

Les 11 et 12 juillet, douleur localisée à droite, immédiatement au-dessous de l'arcade, en son milieu; cède rapidement à l'extrait thébaïque.

3 août. Après une semaine passée absolument sans souffrance, reprise des douleurs *à gauche*, à l'occasion de mouvements respiratoires énergiques comme ceux que provoquent la toux, l'éternuement. On la réveille en pressant un peu au-dessus de la partie moyenne de l'arcade crurale. Toucher rectal : à 7 centimètres de l'orifice anal masse dure, irrégulière, bombée, du volume du pouce à peu près, difficile à suivre latéralement, paraissant immobile, indolore à la pression. L'appétit a diminué un peu depuis trois à quatre jours. Les selles ont été régulières. Température 36°9, pouls 72. Je conseillai de prendre dans les vingt-quatre heures quatre grands lavements aussi chauds que possible.

4 août. Peu de douleurs dans la nuit et la matinée (temp., 37°8). A midi, après avoir pris son irrigation chaude, douleurs extrêmement intenses durant sans interruption jusqu'à 1 heure : température 39 degrés, pouls 108. Aucun empâtement du côté de la paroi antéro-latérale. Toucher rectal : la tuméfaction a pris le volume d'un petit œuf, elle paraît lisse et rénitente.

En l'absence des Drs d'Astros et Jourdan, opération l'après-midi même avec le concours des Drs Vidal et Boinet, appelés en consultation.

Incision prérectale. Evacuation d'un verre à liqueur environ de pus fétide. Drain de caoutchouc dans la poche, mèches stérilisées dans la plaie.

Dès le lendemain, la température est au-dessous de 37°8, le pouls

au-dessous de 80. A noter seulement de la rétention d'urine complète pendant quatre jours, nécessitant le cathétérisme.

La cicatrisation a été longue à obtenir. Le 25 novembre il y a eu un peu de douleur hypogastrique avec température à 38°2 et pouls à 90. Ces symptômes se sont immédiatement évanouis devant la glace et l'opium. Mais en décembre une fistule persistait, étroite et longue, le stylet butant sur un corps mobile et rugueux donnant l'impression d'un calcul stercoral.

Sur le conseil de mon maître, M. Jalaguier, je la dilatai longuement à la laminaire pour extraire, s'il y avait lieu, le corps étranger. Mais cette exploration faite, sous chloroforme, resta négative, soit qu'il soit sorti, fragmenté ou en entier, à la suite des séances de dilatation (toutes les laminaires avaient été expulsées en notre absence), soit que j'eusse commis une erreur d'interprétation. Toujours est-il qu'à la suite de ces séances la plaie se ferma en huit jours, et que, depuis, la guérison se maintient parfaite.

Obs. III. — Homme d'une cinquantaine d'années, emphysémateux, catarrheux, ayant eu de la péricardite et une phlébite double il y a quelques années. Début brusque, à Aix en Provence, le 24 mars; grand frisson, fièvre, douleurs abdomidales. Le lendemain vomissement, puis pendant huit jours colite intense. Selles très fréquentes aspect d'épinards hachés, glaires, membranes, etc. Douleurs sur tout le trajet du gros intestin; au troisième ou quatrième jour, des douleurs violentes au niveau de l'anus et du rectum, sans ténesme proprement dit, persistent presque toute l'après-midi, puis disparaissent définitivement. Le 31 mars, apparition d'un point particulièrement douloureux en dedans et au dessous du point de Mac Burney.

Le 4 avril, un léger plastron s'étant dessiné à ce niveau, le Dr Latil voulut bien me demander de le voir en consultation avec le Dr Laget et lui. Le malade n'avait relativement pas mauvaise apparence; son teint était jaune (ce qui lui est habituel) mais son aspect n'était nullement péritonéal. Il ne vomissait pas. Sa diarrhée persistait. L'appétit était nul et les digestions très mauvaises. Langue très saburrale. La température atteignait 38°9, le pouls 96.

Le ventre était médiocrement ballonné, assez pour effacer le creux épigastrique normalement excavé chez ce sujet qui est maigre. Légère défense de la paroi en bas et à droite. Douleurs à la pression à deux ou trois travers de doigt en dedans et en dessous du point de Mac Burney, très près par conséquent de la ligne médiane. Empâtement oblique en haut et en dehors s'arrêtant (bord externe) à deux ou trois travers de doigt au-dessus et en dedans de l'arcade crurale. Toucher rectal : tuméfaction prérectale du volume d'une grosse mandarine arrondie lisse, immobile, résistante. Le doigt n'en contourne pas la partie supérieure.

5 avril matin, consultation avec les Drs Latil, Laget et Jourdan. Le prolongement iliaque s'est étendu en largeur au point d'affleurer presque l'arcade crurale. Nous nous décidons, non sans hésitation, à l'inciser

par la région iliaque. Comme nous le prévoyions, nous traversons le péritoine libre et devons circonscrire le champ opératoire par des catguts reliant le feuillet pariétal du péritoine à l'épiploon adhérent à ce plastron.

Rasant ensuite le péritoine de la fosse iliaque nous arrivons, au delà du détroit supérieur, à une grosse collection de pus fétide. Nous y introduisons, aussi profondément que nous le pouvons, un gros drain et nous ne suturons pas.

Pendant les huit jours suivants, toute fièvre a disparu et l'état général s'est amélioré, puis la température a progressivement remonté entre 38 et 38°7, en même temps que reparaissaient les troubles digestifs. L'écoulement du pus par le drain était de moins en moins abondant.

21 avril. Situation parfaite du côté de la paroi antéro-latérale de l'abdomen. Disparition de tout empâtement et de toute douleur. La plaie est presque entièrement cicatrisée autour du drain qui est progressivement expulsé. Toucher rectal. La voussure, qui avait très notablement diminué après l'intervention, s'est reproduite et paraît plus volumineuse que jamais. Bien que la température n'atteigne que 37°9 et le pouls 90, incision le soir même par voie prérectale après nouvelle consultation avec les Drs Latil, Laget et Maurice Jourdan.

Écoulement d'une quantité abondante de pus fétide, gros drain non perforé dans la cavité. Deux petites mèches dans la plaie.

Depuis, les suites ont été parfaites à tous égards. Il n'y a plus eu de température au-dessus de 37°4. Le pouls a seulement oscillé quelques jours autour de 90. L'appétit a, deux jours après l'intervention, repris très intense, et tous les troubles digestifs ont cessé. Les mèches ont été retirées le cinquième jour, lors de la première selle, et la plaie s'est très rapidement rétrécie autour du drain qui n'a pas été enlevé et qu'on a raccourci prudemment au fur et à mesure de son expulsion. Le malade se lève et s'assied sur un fauteuil depuis le 12 mai pour éviter toute stase pulmonaire.

La plaie iliaque s'est fermée après expulsion progressive de son drain.

La première de ces observations me semble ne pouvoir, en toute justice, fournir aucun argument ni pour ni contre la voie prérectale, de même qu'elle n'en apporte ni pour ni contre l'incision iliaque ou l'incision lombaire, qui ont dû être pratiquées aussi et des deux côtés au cours de la maladie de cette malheureuse fillette.

Les deux autres faits, au contraire, me semblent absolument démonstratifs. Pour l'un, en procédant suivant les préceptes classiques, c'est-à-dire par l'incision iliaque, ou bien l'on aurait dû traverser le péritoine libre pour atteindre une collection extrêmement petite, profonde, et impossible à décortiquer en totalité, ou bien il eût fallu temporiser en présence d'accidents menaçants. Or en admettant que cette attente n'eût pas d'inconvénients, quels avantages en aurions-nous tirés?

Notre dernier fait répond. Ici la collection se prolongeait vers la partie latérale et appelait en quelque sorte l'intervention de ce côté. Or, il fallut traverser la séreuse, courir la chance de la protection par des sutures isolantes, se donner beaucoup de peine pour ouvrir l'abcès dans la profondeur, et le résultat fut un drainage insuffisant d'abord, nul ensuite, et l'obligation d'une intervention nouvelle. Que pareils faits soient rares, c'est incontestable, mais il suffit qu'ils puissent se produire pour compromettre gravement la voie iliaque dans les faits de ce genre.

L'incision prérectale a sur elle deux avantages considérables qui lui confèrent la même supériorité qu'à la colpotomie dans les abcès du cul-de-sac postérieur, à laquelle elle est en tout point comparable :

1° On ne risque pas de rencontrer et d'infecter par l'écoulement du pus le péritoine libre ;

2° Elle assure un drainage direct et déclive quelle que soit l'attitude du sujet.

Elle paraît d'autre part meilleure que l'incision rectale, pour toutes les raisons qui la font préférer dans les suppurations périprostatiques, et est tout au moins beaucoup plus simple que l'incision rectale avec abaissement, proposée par M. Jaboulay.

Enfin, facile, très peu sanglante et directe, elle semble plus recommandable que l'ouverture par la voie sacrée ou parasacrée.

La colpotomie seule lui paraît supérieure, car, avec tous ses avantages, elle est d'une exécution plus simple et plus rapide encore et expose à l'infection, par le pus qui s'écoule, une tranche de section moindre ; mais elle n'est applicable que chez la femme adulte.

L'incision prérectale de Nélaton n'est pourtant, à ma connaissance (et je dois ces renseignements à l'amabilité de M. Jalaguier et de son ancien interne Ferron), mentionnée dans ces cas que par deux auteurs : Mauclaire (1), qui l'étudia sur le cadavre, mais n'eut pas depuis cette époque l'occasion de l'employer ; E. M. Sutton (2), qui a publié un cas analogue aux miens dans lequel elle lui donna un succès.

Le manuel opératoire est des plus simples ; introduction dans le rectum de l'index gauche qui n'en bouge plus, toujours appliqué sur la tuméfaction ; incision en fer à cheval, circonscrivant à un gros travers de doigt la circonférence antérieure de l'anus. Libération au bistouri des attaches antérieures du

(1) *Bull. de la Société anatomique*, 1895.
(2) *J. American med. Assoc.*, Chicago, 1898, t. XXX, p. 1438.

sphincter, en entamant d'ordinaire quelques-unes de ses fibres. Puis décollement avec l'index droit qui suit la paroi antérieure du rectum. Ne pas compter reconnaître avec lui la collection. On est porté, en effet, à remonter trop haut et à la refouler en avant. Mauclaire l'avait constaté sur le cadavre et je l'ai vérifié dans mes trois opérations. Se fier à l'index gauche. Pour exposer le fond de la plaie, une pince écartante, maintenue dans la main gauche, tire la lèvre postérieure; un étroit abaisse-langue emmanché constitue une bonne valve pour écarter la lèvre antérieure. On reconnaît la poche à sa forme, à sa tension et surtout à sa coloration qui est noirâtre. Il n'y a pas de confusion possible avec la vessie. Pour l'inciser, le bistouri vaut beaucoup mieux qu'un instrument mousse (sonde cannelée par exemple) qui l'entame difficilement.

Au cours de l'intervention, l'on n'ouvre que peu et de petits vaisseaux. Tous sont superficiels, et l'on ne crée pas de lésions susceptibles de laisser par la suite des troubles fonctionnels quelconques.

Au point de vue du drainage, rien ne vaut, ce semble, le gros drain en caoutchouc, non perforé sur son trajet, pour ne pas infecter la plaie opératoire, et laissé à demeure jusqu'à assèchement complet. Je crois que c'est pour avoir incomplètement observé ces précautions que je n'ai vu dans mon deuxième fait une cicatrisation complète qu'au bout de cinq mois.

Discussion

Sur la tuberculose rénale.

M. J. Albarran. — En ajoutant à ce que nous a dit M. Tuffier dans la dernière séance ce qu'il écrit dans le *Bulletin*, on peut trouver la discussion des trois points que j'ai étudiés dans ma communication, savoir : 1° l'évolution des idées de mon honorable contradicteur sur les indications opératoires dans la tuberculose rénale ; 2° l'utilité au point de vue du diagnostic et l'innocuité du cathétérisme urétéral ; 3° l'indication de la néphrectomie primitive dans les pyonéphroses tuberculeuses.

Avant d'entrer dans la discussion, je suis heureux de constater ce que M. Tuffier fait remarquer : avant moi Vitze et Casper ont employé le cathétérisme cystoscopique des uretères. Je l'ai toujours dit, et je n'ai d'autre prétention que celle d'avoir perfectionné la technique et rendu facile et d'emploi courant ce qui,

avant moi, était très difficile et absolument exceptionnel. Je sais par expérience que les choses nouvelles passent par deux phases successives; on dit d'abord : cela n'est point juste, cela n'est d'aucune utilité et ne vaut guère; puis ensuite, lorsque l'évidence impose ce qu'on s'est efforcé de faire prévaloir, on vous dit : c'est bon, mais ce n'est pas vous qui l'avez fait. Je suis heureux de voir que le cathétérisme urétéral en est déjà à cette seconde phase, car elle prouve l'excellence du procédé.

Passons à la discussion des faits :

1° J'ai établi, en citant ses publications, que, jusqu'en 1899, M. Tuffier considérait la tuberclosse rénale comme une affection *essentiellement médicale* au point de vue du traitement, tandis que, actuellement, il accepte l'intervention précoce que j'ai préconisée en 1896. M. Tuffier me répond que sa première néphrectomie est antérieure à mes travaux : sans doute, mais depuis que Peters, en 1872, pratiqua la première néphrectomie pour tuberculose, tous les chirurgiens avaient extirpé des reins semblables. Là n'est pas la question : il s'agit des indications opératoires. Si ce que j'ai publié n'a pas influencé les idées de notre collègue, et si par d'autres raisonnements il en est venu à changer son opinion et à penser ce que, contrairement à sa doctrine, je prétendais, il ne fait que donner plus de force à ma conviction ancienne, qui est encore celle d'aujourd'hui.

2° En ce qui regarde l'*utilité du cathétérisme urétéral dans la tuberculose rénale*, M. Tuffier reconnaît cette utilité dans certains cas. Si j'ai bien compris, il trouve le cathétérisme inutile dans deux circonstances : 1° lorsque l'urine recueillie dans la vessie présente sa composition normale, ce qui serait dû à l'oblitération complète d'un uretère, le rein sain déversant seul sa sécrétion dans la vessie; 2° en cas de pyonéphrose tuberculeuse avec des accidents fébriles, puisque, dans ce cas, l'opération indiquée d'après lui serait la néphrostomie et non la néphrectomie.

Je reviendrai plus loin sur les pyonéphroses tuberculeuses et je me contente pour le moment de redire encore leur grande rareté.

Quant à l'oblitération complète d'un uretère supprimant toute sécrétion du rein malade, elle est sans doute indiscutable, mais elle est d'une extrême rareté. M. Tuffier a-t-il des observations semblables avec urine vésicale normale? Théoriquement, le fait est possible; en pratique, on n'a guère de chances de le rencontrer.

Si donc nous nous en tenions aux deux contre-indications que M. Tuffier a signalées au cathétérisme urétéral, je pourrais dire que d'après notre collègue ce n'est plus dans quelques cas, mais chez presque tous les malades que ce mode d'exploration doit être employé. Si j'ajoute ce que notre collègue a dit : « le cathétérisme

urétéral doit être réservé aux cas de diagnostic douteux », j'aurais le droit de dire que, en matière de tuberculose rénale, M. Tuffier reconnaît l'utilité de ce cathétérisme dans tous les cas opérables, parce que le diagnostic de l'état du rein supposé sain est toujours douteux.

Je vous ai déjà donné des observations de tuberculose rénale unilatérale au début non soupçonnées et que le cathétérisme urétéral a fait reconnaître ; je vous ai en outre rapporté deux observations de malades présentant des lésions bilatérales, alors que rien ne pouvait faire penser qu'un des deux reins présentât des lésions.

Ces faits démontrent à l'évidence, contrairement à l'opinion de M. Tuffier, que la *tuberculose rénale peut être diagnostiquée au début*, lorsque aucun phénomène n'a encore appelé l'attention sur le rein. Le hasard a voulu que je puisse vous résumer aujourd'hui une nouvelle observation qui vient à l'appui de mon dire. Jeudi dernier j'ai vu en consultation, avec le professeur Jacques Reverdin, une jeune femme de vingt-cinq ans qui, depuis plusieurs années, a présenté des coliques néphrétiques du côté gauche ; une fois la malade rendit un gravier. Depuis six mois les douleurs rénales gauches sont devenues plus vives, les crises plus fréquentes et parfois même accompagnées d'un peu de fièvre. Un examen bactériologique douteux parut montrer des bacilles de Koch ; d'autres examens répétés étaient négatifs. Les urines contenaient du pus et, en additionnant les matériaux solides trouvés dans les trois litres que la malade urinait par jour, on trouvait une élimination de sels à peu près normale.

A l'examen, le rein gauche est franchement augmenté de volume et douloureux à la pression. Le rein droit n'a jamais été spontanément douloureux ; il est normal comme volume, il n'est pas sensible à la pression. La vessie est normale et l'état général encore assez bien conservé.

Tout faisait penser chez cette malade à une lésion du côté gauche avec intégrité du rein droit. Je pratiquai le cathétérisme urétéral et, en un quart d'heure, je recueillis dans le bassinet du rein supposé sain quelques centimètres cubes d'urine trouble contenant un très grand nombre de cellules du bassinet et des globules de pus, ainsi que de nombreux cylindres ; et ces mêmes éléments existaient dans l'urine de l'autre rein. Voilà un nouvel exemple de diagnostic évident en apparence, ou seul le cathétérisme urétéral a pu éviter une grossière erreur et une grave intervention plus qu'inutile, dangereuse.

Pour contester l'utilité du cathétérisme urétéral dans la tuberculose rénale, M. Tuffier nous cite le fait suivant : « J'ai vu une

malade cathétérisée depuis plusieurs mois pour une pyélite suppurée, diagnostiquée et guérie comme telle. Cette femme est entrée dans mon service; je lui ai enlevé un volumineux calcul du rein que je vous ai présenté : Voilà pour la *perfection du diagnostic.* » Je ferai remarquer tout d'abord que l'observation de cette malade n'a rien à voir avec la question discutée ici du diagnostic de la tuberculose rénale; elle serait de mise si je prétendais diagnostiquer tous les calculs du rein par la sonde urétérale, ce qui est exactement le contraire de ce que j'ai écrit. Mais, puisque notre collègue a parlé de cette malade, il aurait pu ajouter ceci : atteinte d'une pyonéphrose calculeuse, cette malade fut très souvent cathétérisée et on pratiqua de nombreux lavages du bassinet; *elle conserva pendant plusieurs jours une grosse sonde dans l'uretère*; elle fut très améliorée, mais non guérie, et, lorsque les accidents revinrent, elle alla se faire opérer dans un autre hôpital. L'observation, vous le voyez, présente quelque intérêt pour démontrer l'innocuité du cathétérisme urétéral.

Il n'existe actuellement aucun procédé d'exploration : ni l'étude de la densité de l'urine ou de son degré cryoscopique, ni celle de la composition chimique ou de l'élimination du bleu de méthylène, capable de nous permettre d'affirmer l'intégrité d'un des deux reins, lorsqu'on étudie la sécrétion réunie des deux organes droit et gauche. Seul, le cathétérisme urétéral permet ce diagnostic, car il nous donne le moyen d'étudier, dans le même moment et par tous les procédés, la sécrétion séparée de chaque glande.

Permettez-moi d'ajouter, à propos de la cryoscopie, considérée au point de vue de la chirurgie urinaire, que, dans l'état actuel de nos connaissances et au point de vue pratique, nous n'avons pas besoin ni de recueillir les urines des vingt-quatre heures, ni de faire l'examen du sang. Dans un travail publié en collaboration avec M. Bernard, et dont celui de MM. Claude et Balthazar, contrairement à l'assertion de M. Tuffier, n'a pas fait table rase, puisqu'il ne l'infirme en rien, nous avons établi l'utililité, au point de vue du diagnostic, de l'examen comparé du point Δ dans l'urine sécrétée en même temps par les deux reins. La cryoscopie a paru inutile à M. Tuffier, parce qu'il n'a examiné que l'urine globale. A notre point de vue, elle n'a de valeur que lorsqu'on compare la sécrétion des deux reins; elle s'ajoute aux autres procédés pour démontrer les différences proportionnelles entre le rein droit et le rein gauche. C'est ce que nous avons établi.

M. Tuffier écrit que, pour acquérir une valeur réelle, le cathétérisme urétéral doit être maintenu pendant vingt-quatre heures. C'est là, à mon avis, une erreur. Lorsqu'il s'agissait, au point de vue scientifique pur, de déterminer rigoureusement l'état fonc-

tionnel des deux reins, il était utile, pour différentes maladies, d'étudier la sécrétion du rein pendant vingt-quatre heures. J'ai fait ce travail. Lorsqu'il s'agit, en clinique, de savoir si un seul rein est malade, ou si les deux sont atteints, il suffit parfois de quelques minutes, au besoin d'une heure ou deux. Il faudrait un cas exceptionnel pour que le cathétérisme dût être prolongé davantage. Je vous ai cité ma nouvelle observation : en un quart d'heure, la sonde m'a donné assez d'urine du rein supposé sain pour y constater en abondance la présence du pus et des cylindres et pour me montrer que l'urine sécrétée par ce rein contenait 8 grammes seulement d'urée par litre. Parmi les observations de tuberculose que je vous ai données, la très grande majorité concerne des cas où la sonde urétérale n'a été laissée à demeure que pendant une heure ou deux. Dans les autres maladies du rein, il suffit de cathétérismes très courts, sauf dans des cas exceptionnels.

En réalité, si M. Tuffier essaye, sans je crois trop y réussir, de trouver des contre-indications au cathétérisme urétéral dans la tuberculose rénale, c'est que, guidé par une idée de légitime prudence, et n'ayant pas encore pu beaucoup juger par lui-même, il avait jugé ce procédé d'exploration dangereux; pas trop pourtant, puisqu'il le trouve indiqué dans un certain nombre de cas.

En opposition à ma pratique personnelle, comprenant plusieurs centaines de cathétérismes urétéraux, certainement plus de mille cas sans aucun accident, et la clinique de Necker en témoigne, M. Tuffier nous parle de deux malades qui auraient été aggravées par ce mode d'exploration. Pour que des faits de ce genre aient quelque valeur, il est nécessaire de les étudier avec soin; il faut vérifier soi-même l'état des malades avant et après la manœuvre chirurgicale; il faut analyser les cas, connaître et interpréter le déterminisme des phénomènes avant de pouvoir apprécier. Les faits scientifiques n'ont pas de valeur lorsqu'ils se trouvent à l'appréciation des malades ou de leur entourage. Ceci dit, je vais compléter les deux observations de M. Tuffier, puisque ces deux malades, je les ai soignées.

La première observation est celle-ci : « J'ai été consulté, écrit M. Tuffier, par une malade de Genève soignée depuis longtemps à Paris et atteinte de pyélite double. Le cathétérisme urétéral, fait dans un but de diagnostic, a, de son aveu, notablement aggravé son état. » Or, messieurs, cette malade est une grande nerveuse qui, depuis huit ans, présentait des phénomènes douloureux du côté du rein gauche; je pratiquai il y a un an le cathétérisme urétéral et je pus diagnostiquer, avec un peu de cystite, l'existence d'une rétention rénale légère et infectée du côté gauche; peut-

être même il y a un calcul. *J'ai revu à plusieurs reprises cette malade après l'exploration, qui fut très simple, et je puis affirmer* qu'elle n'a présenté depuis aucune aggravation.

Cette malade a un peu consulté tout le monde en montrant les analyses des urines des deux reins, et c'est probablement une mauvaise interprétation de ces analyses qui fait dire à M. Tuffier qu'elle avait une pyélite double; car, en réalité, le rein gauche est seul malade. Après moi, bien d'autres médecins ont vu la malade, et je puis citer notre collègue des hôpitaux Dupré, M. Cottet, d'Evian, et notre collègue Hartmann : ils ont pu constater comme moi que l'état de la malade n'a pas été aggravé. Jeudi dernier encore, j'ai eu de ses nouvelles : elle est toujours dans le même état. M. Tuffier a donc été induit en erreur en ce qui concerne ce cas.

Dans le deuxième et dernier cas cité par M. Tuffier, il s'agit d' « une malade des environs de Lille qui, simplement explorée dans le même but de diagnostic, est morte quelque quinze jours après cet examen ». J'ai bien présente à l'esprit l'histoire de cette malade amenée en 1897 à Paris par notre collègue de Lille, le Dr Carlier : elle avait un cancer du rein avec hématonéphrose considérable; l'hématonéphrose était infectée, comme en témoigne l'analyse bactériologique pratiquée par M. Motz. Nous conseillâmes d'opérer, mais la malade partit chez elle et mourut peu de temps après sans aucune intervention chirurgicale.

Voilà ces deux observations, l'une de pyélonéphrite simple ou calculeuse, l'autre de cancer du rein : je ne puis comprendre en quoi elles démontrent que le cathétérisme urétéral est dangereux dans la tuberculose rénale. Mais supposons qu'un jour on observe des accidents dus au cathétérisme : faudra-t-il dire que la méthode est dangereuse? A raisonner ainsi, on pourrait opposer semblable argument à tous les cathétérismes, à celui des uretères comme à celui de la vessie, à l'hystérométrie comme au cathétérisme de la trompe d'Eustache. Qui de nous n'a pas vu de malades aggravés par le cathétérisme de la vessie? Pour mon compte, j'en ai vu des centaines; je ne dis point pour cela que le sondage ordinaire est une méthode dangereuse et je ne me prive point des ressources qu'il m'offre, mais j'étudie et j'apprends quand et comment il faut sonder. Il doit en être de même pour le cathétérisme des uretères : j'ai perfectionné ma technique, je suis arrivé à l'asepsie instrumentale et j'ai pu convaincre tous ceux qui veulent bien venir à Necker que ce procédé, bien exécuté, ne présente aucun danger.

Deux mots en terminant au sujet de la néphrectomie primitive pour pyonéphrose tuberculeuse. J'ai entendu avec plaisir M. Tuffier nous dire qu'il réserve la néphrostomie aux grosses pyoné-

phroses s'accompagnant d'accidents fébriles et généraux graves. Ce n'est plus l'affirmation absolue de l'autre jour indiquant la néphrotomie dans toutes les pyonéphroses tuberculeuses. Dans ce groupe si restreint, notre collègue fait déjà des distinctions. Je me permets d'espérer qu'il ira plus loin lorsque, en théorie, il sera bien convaincu de l'utilité qu'il y a à enlever un grave foyer d'infection ; lorsque, en pratique, il aura vu, comme je l'ai vu, les brillants résultats de la néphrectomie primitive chez des malades épuisés, cachectiques et présentant de très hautes températures. Lorsque le rein du côté opposé est bon, quel que soit l'état apparent du malade, la néphrectomie donne de merveilleux résultats. Or, je termine en répétant que le cathétérisme urétéral nous permet dans presque tous les cas de reconnaître facilement et sans aucun danger l'état des deux reins.

Sur l'asepsie opératoire.

M. Reynier. — M. Quénu, par sa très intéressante communication, appelle notre attention sur les précautions à prendre pour assurer l'asepsie de nos opérations. Je partage absolument sa manière de voir quand il nous dit qu'un chirurgien doit éviter de toucher du pus avant d'opérer. J'accepte également et je préconise comme lui l'usage du gant de caoutchouc toutes les fois que nous avons à faire des opérations particulièrement infectantes.

Mais, avec M. Bazy, je m'élève contre l'absolu de ces propositions. Je ne saurais accepter cette division des chirurgiens aseptiques et des chirurgiens septiques. Ce sont là des vues théoriques qui me paraissent absolument irréalisables. Comment, en effet, savoir quand nous faisons une opération : résection du genou, par exemple, lésions des annexes abdominales, si nous ne nous trouverons pas parfois en présence de foyer purulent?

M. Quénu nous dit qu'il ne touche plus au pus. Le voilà donc condamné à ne plus opérer que des ovaires kystiques ; et encore ses malades seront-elles peu rassurées si par malheur un fil suppure, car, pour être conséquent avec ses théories, M. Quénu doit les abandonner à leur malheureux sort, si ce n'est à d'autres mains.

Je ne comprends même plus comment il nous apporte encore des observations d'opérations de cancer du rectum, opérations qui doivent l'éloigner pendant un certain nombre de jours de ses autres malades.

Certes ce sont là, comme vous le voyez, des théories qui néces-

sitent des rentes, et que bien peu de chirurgiens pourront suivre.

Et que deviendront les malheureux purulents, si nous ne voulons plus les toucher. Nos internes eux-mêmes, qui nous aideront, doivent s'en éloigner. Le chirurgien, qui se dévouera, du coup sera mis à l'index; on se défiera de lui pour toute opération.

En pareille occurrence j'ai grand peur qu'on fasse payer bien cher aux malheureux le tort qu'ils ont de suppurer, et que, soignés à contre cœur ils fassent trop souvent l'expérience du pansement rare. Venant enfin dans des services où on met en pratique les idées de M. Quénu, ils risquent fort d'être mal reçus, et d'être renvoyés dédaigneusement dans le service voisin, qui ne les acceptera pas sans protester.

Ne croyez vous pas que cette classe de malades pourra regretter le temps où la chirurgie était moins craintive, et où on soignait avec intérêt les abcès chauds, demi-chauds et froids?

Tout ceci me paraît peu conforme à l'idée que nous nous faisons de nos devoirs vis-à-vis des malades. Le chirurgien doit pouvoir opérer et soigner tous ceux qui viennent lui demander secours.

Prenons des précautions seulement pour que les malades infectés ne deviennent pas un danger pour les autres. Multiplions les salles d'isolement, ayons des salles d'opérations différentes pour les suppurants et les non suppurants, faisons désinfecter dès qu'un malade dangereux a passé, et apprenons surtout à nous désinfecter nous-mêmes, quand nous y avons touché. Nous craindrons moins dans ces conditions de toucher aux suppurants.

En opposition avec les vues théoriques de M. Quénu, il me semble plus pratique d'étudier la meilleure manière de se désinfecter, plutôt que celle de rester aseptique.

Mais, pour se désinfecter les mains qui ont pu être contaminées, le simple lavage à l'eau chaude ne me paraît pas suffisant, comme on a trop de tendance à le croire aujourd'hui. Certes ce lavage serait bien plus agréable pour les mains sujettes aux eczémas: il ne donne pas de sécurité. Les expériences personnelles que j'ai faites avec l'aide du Dr Josué sont venues confirmer celles de Sarwey, de Tubingue, qui, au dernier Congrès de la Société allemande de chirurgie, avançait qu'il n'avait pu arriver à la désinfection absolue des mains, même après avoir répété sept fois de suite le lavage à l'eau chaude savonneuse, prolongé pendant cinq minutes chaque fois; le passage des mains à l'alcool ne lui avait pas encore donné la désinfection absolue.

Krönig arrivait dans la même discussion à conclure de même. Il pensait que ce n'était qu'avec les antiseptiques mercuriels qu'on pouvait arriver au résultat cherché.

Comme nous le verrons tout à l'heure, c'est peut-être trop

demander; toutefois, je crois qu'on se rapproche beaucoup de la désinfection absolue, si on suit la pratique suivante :

Après lavage et brossage prolongé dans l'eau savonneuse sous un robinet d'eau stérilisée chaude, jusqu'à ce que l'épiderme devienne lisse et souple, passage des mains dans la solution de permanganate de potasse, le bisulfite de soude et le sublimé.

Si, comme nous l'avons fait, on essaye avec des plaques de Pétri de faire la culture de l'extrémité de ses doigts, on s'aperçoit que les mains cultivent beaucoup moins facilement que si on n'a fait que le simple lavage à l'eau chaude. Tandis qu'au bout de vingt-quatre heures, dans le cas de simple lavage à l'eau chaude, se développent des cultures, dans le second cas on peut avoir absence de cultures ou retard de ces cultures, celles-ci ne se montrant qu'au bout de quarante-huit heures.

Je conseille également, pendant tout le temps de l'opération, de tenir ses mains toujours humides et propres, en les passant à chaque instant dans le sublimé.

En effet, il faut tenir compte des observations de tous les bactériologistes qui cherchent, pour obtenir des cultures, à éviter tout contact avec le sublimé ou autre antiseptique, ceux-ci pouvant arrêter le développement de la culture. Ces précautions me paraissent préférables aux gants de fil que préconise M. Tuffier. Comme l'ont montré Döderlein, Lauenstein, Neuber, Perth, ceux-ci, pendant le cours de l'opération, s'infectent rapidement, se laissent pénétrer par les microorganismes et ne peuvent se désinfecter aussi rapidement que se désinfecte une main.

Les ensemencements que Döderlein a faits avec des gants de fil ont donné lieu à des cultures de microbes de toute sorte.

Si ces gants n'assurent donc pas l'asepsie, par contre ils gênent énormément le toucher, et je ne vois pas avec ceux-ci la décortication facile de certains ovaires adhérents où le toucher est si nécessaire parfois pour reconnaître un léger sillon par où doit débuter le décollement.

Pour mon compte personnel, je me défierais d'un chirurgien dont je verrais les mains ainsi protégées.

De tout ceci on peut conclure qu'on ne saurait proscrire de nos opérations l'antisepsie et la remplacer par l'asepsie absolue. Théoriquement l'asepsie est évidemment très supérieure à l'antisepsie. Au point de vue pratique, c'est encore une de ces utopies irréalisables, qu'on a raison de poursuivre, mais sans espoir de toucher jamais le but.

Toujours, quelques microorganismes restent dans la plaie; il suffit d'ouvrir une boîte de Pétri et de la laisser ouverte quelques minutes seulement pour qu'il s'y développe des cultures. Dans

les recherches que nous avons faites avec M. Josué, nous voyons avec quelle rapidité il fallait, immédiatement après le lavage, appuyer ses mains sur la gélatine, sans quoi, par le fait de la simple exposition à l'air, il y avait une cause d'erreur.

Comment donc pouvons-nous espérer qu'au bout de quelques minutes, même les mains les mieux désinfectées puissent rester aseptiques, qu'il ne tombe aucun microorganisme sur nos plaies? Le croire serait se bercer d'une douce illusion que toutes les recherches bactériologiques sont là pour nous enlever.

Le problème est bien plus complexe que ne semblerait le montrer notre discussion, où on s'occupe surtout de l'asepsie illusoire des mains. Ce n'est là qu'un des côtés de la question, côté très important, je le reconnais, mais qui ne doit pas faire négliger les autres.

Même avec quelques microorganismes, le malade ne suppure pas fatalement. De même qu'il pourra suppurer en prenant toutes les précautions les plus grandes. Il faut, en effet, que les microorganismes soient pathogènes, qu'ils soient en nombre suffisant, que leur virulence soit plus ou moins exaltée, que le malade se défende mal contre eux, que sa phagocytose soit diminuée, que lui-même ne soit pas en puissance microbienne latente ou apparente. Toutes ces questions devraient entrer en ligne de compte lorsqu'on recherche, comme nous tentons de le faire, les moyens d'éviter la suppuration, mais cela nous entraînerait trop loin, et c'est pour cela que je m'arrête.

Sur la stérilisation des mains.

M. Pierre Delbet. — La discussion, qni est inscrite à notre ordre du jour, a été posée dans des termes qui la rendent difficile.

M. Quénu, avec toute l'ardeur que donne une conviction forte, nous a dit pour la seconde fois (c'est sa pensée et non ses termes que je rapporte) : il est impossible d'aseptiser les mains ; au contraire il est facile d'aseptiser des gants. On obtient de meilleurs résultats, on sauve plus de malades, main gantée, que main nue ; donc il faut mettre des gants. C'est une faute de n'en pas mettre.

La question était en même temps posée et résolue, et de telle façon qu'il était impossible sous peine de passer pour rétrograde de soutenir qu'on peut faire de la bonne chirurgie sans gants.

La thèse que soutient M. Quénu n'est cependant pas évidente par elle-même. Il y a là matière à démonstration. Certes le raisonnement est inattaquable. Mais le point de départ est-il juste ? Ce

point de départ, c'est l'affirmation qu'il est impossible de s'aseptiser les mains. En dépit des expériences nombreuses qui ont été faites à l'étranger, on ne peut pas considérer ce point comme définitivement acquis à la science. Nous le verrons tout à l'heure.

Permettez-moi, messieurs, de vous faire remarquer auparavant que la question de l'asepsie qui a été mêlée à cette affaire n'a rien à y voir. On peut faire de l'asepsie sans gants; on peut faire de l'antisepsie avec des gants. Depuis que je pratique la chirurgie pour mon compte, sous ma responsabilité, j'ai toujours fait de l'asepsie. Je n'ai jamais mis une substance antiseptique au contact d'une plaie aseptique, et j'ajoute que j'en mets de moins en moins dans les plaies septiques.

Permettez-moi encore, messieurs, de rappeler que j'ai fourni des faits expérimentaux, et ce sont, je crois, les seuls de cette nature qui montrent jusqu'à quel point les solutions antiseptiques altèrent les éléments anatomiques. Dans un mémoire que j'ai publié en 1891 avec la collaboration de mes amis de Grandmaison et Bresset, j'ai étudié l'action des antiseptiques sur le péritoine, j'ai montré les lésions graves qu'ils produisent sur l'endothélium péritonéal. M'appuyant sur ces expériences, je crois pouvoir formuler la règle suivante : Sur tous les tissus sains autres que les revêtements épidermiques, les antiseptiques détruisent plus de cellules vivantes que de microbes et par suite ils favorisent l'infection dans une certaine mesure.

Je suis, vous le voyez, j'ai toujours été profondément convaincu de la supériorité de l'asepsie. Je tenais à l'affirmer et à bien séparer la cause de l'asepsie de celle des gants.

La première question à trancher, question d'apparence vulgaire, mais de réelle importance, car comme toutes les questions de méthode elle est grosse de conséquence, est celle-ci : Peut-on se laver les mains de manière à les aseptiser? Et je ne fais pas de distinction entre l'asepsie de laboratoire et l'asepsie chirurgicale. Je n'admets pas d'ailleurs cette distinction. L'asepsie est, ou elle n'est pas. Tant qu'on ne l'a pas atteinte il faut s'efforcer d'y arriver sans chercher à décorer d'épithètes consolatrices les états imparfaits que l'on traverse en chemin.

J'étais profondément convaincu qu'il est possible de s'aseptiser les mains d'une manière absolue même lorsqu'on vient de manipuler des choses très septiques. Cette conviction était basée sur les résultats de ma pratique, et je pourrais citer nombre de faits du genre de ceux qui ont été apportés ici par Bazy et Routier. Je ne les cite pas puisqu'on a refusé toute valeur à ces faits, d'ailleurs j'ai depuis transformé ma conviction en certitude par des expériences que je vais rapporter.

Pour donner plus de valeur à ces expériences, j'ai tenu à ce que la partie bactériologique en fût faite par un microbiologiste d'une autorité incontestée, et je me suis adressé à mon ami Fernand Widal. Toutes les préparations de microbes, tous les ensemencements, ont été faits, soit par Widal, soit sous sa surveillance par son interne Ravaud. Mon rôle à moi a consisté uniquement à me salir les mains d'abord, à me les laver ensuite, et, lorsque je les croyais propres, à les livrer à ces messieurs en leur disant : « Grattez mes ongles, raclez mon épiderme, faites tout ce que vous voudrez et tâchez de me démontrer que mes mains sont septiques. »

Voici en quoi a consisté la première expérience.

Le samedi 12 mai on a versé dans un peu d'eau le contenu de sept tubes de cultures récentes et abondantes. Ces cultures faites à cette intention étaient de staphylocoques blancs, de staphylocoques dorés, de streptocoques et de bacille d'Eberth : ce sont les principaux microbes aréobies que nous avons à redouter chirurgicalement. J'ai brassé ce mélange avec mes deux mains pendant quatre minutes. Un tube témoin a été alors ensemencé et je n'ai pas besoin de vous dire qu'il a abondamment cultivé. Je me suis ensuite lavé les mains comme j'ai l'habitude de le faire pour pratiquer une opération, et, lorsque je les ai jugées aseptiques, je les ai livrées à Widal et Ravaud. Ils m'ont d'abord fait tremper les doigts quelques instants dans cinq tubes de bouillon, tubes larges préparés à cet effet. Puis avec une forte aiguille de platine, ils m'ont gratté les sinus sous-unguéaux, les sertissures des ongles, les commissures interdigitales en s'appliquant à détacher de petits fragments d'épiderme. Quatre tubes de gélose ont été ensemencés avec ces débris. Enfin, on m'a fait promener les doigts sur une plaque de Pétri tenue renversée pour éviter la contamination par les poussières de l'air. Le tout a été mis à l'étuve. Je vous l'ai dit, le tube témoin a abondamment cultivé. En vingt-quatre heures il était couvert de colonies innombrables. Mais les dix tubes ensemencés avec mes mains sont restés parfaitement stériles. Aucune colonie ne s'est développée sur aucun d'eux.

Cette expérience est démonstrative; mais il restait la question des anaérobies, dont les spores sont particulièrement résistantes. J'ai tenu à être également fixé sur le point. Voici l'expérience qui a été instituée.

M. Ravaud a inséré un fragment de terre sous la peau d'un cobaye. L'animal est mort en moins de vingt-quatre heures avec un énorme phlegmon diffus gangreneux qui lui avait décollé la peau de tout le tronc. Aussitôt la mort, on a fait des ensemencements en gélose profonde avec le pus et le sang. Ces colonies se

sont développées avec une extrême rapidité et une extrême abondance, microbes aérobies à la surface, vibrions septiques et autres microbes anaérobies dans la profondeur. Au bout de vingt-quatre heures les anaérobies, par le développement de gaz, avaient fait éclater toutes les géloses. C'est alors, les cultures étant en pleine activité, qu'on a vidé le contenu de quatre tubes dans un peu d'eau. J'ai écrasé ces géloses entre mes doigts, je les ai brassées avec mes deux mains pendant dix minutes. Je ne conseille à personne de renouveler cette expérience. L'odeur que répandaient ces cultures est prodigieusement infecte, incroyablement nauséabonde, et elles contiennent certainement des toxines irritantes car elles produisent sur la peau une cuisson désagréable. Après ces dix minutes, on a ensemencé un tube témoin, qui le lendemain était rempli de culture. Puis je me suis lavé et on a recommencé la série des opérations dont je vous ai parlé. Quatre tubes de gélose ont été ensemencés et deux de bouillon. Tous sont restés stériles : il ne s'est développé ni microbe aérobie ni microbe anaérobie.

Ainsi sur ces seize tubes que des bactériologistes expérimentés se sont efforcés d'ensemencer avec mes mains, aucun n'a cultivé.

Peut-être me dira-t-on que ce sont là des résultats négatifs et que comme tels, il ne prouvent rien.

Permettez-moi, messieurs, de m'expliquer brièvement sur ce point.

Si on qualifie de négatifs tous les faits dans lesquels les milieux de culture resteront stériles, et si on proclame que les faits négatifs sont sans valeur, il n'est pas besoin de faire des expériences. Leur résultat ne pourrait être douteux, si on est décidé à déclarer nuls et non avenus tous les faits qui ne cadreront pas avec la théorie. La question est tranchée d'avance, mais elle est tranchée *a priori* par une affirmation : il n'y a plus de discussion possible.

Il me semble, messieurs, que la stérilité d'un tube à culture est un fait tout aussi positif que sa contamination, et je n'admets pas qu'elle soit sans valeur.

Certes, quand il s'agit de microbes inconnus dont on ignore les conditions d'existence, l'absence de culture ne prouve rien ; mais quand il s'agit de microbes connus, de ces microbes qui se développent avec une merveilleuse facilité dès qu'on leur fournit des conditions favorables, j'estime que l'absence de culture est la preuve non seulement que le milieu qui a servi à faire les ensemencements était aseptique, mais encore que l'expérience a été bien faite, car si les causes d'erreur sont nombreuses, aucune n'est en faveur de la stérilité. Il y a en effet bien des chances pour que des ensemencements faits avec un milieu stérile donnent des

cultures (fautes de technique, poussières de l'air), tandis qu'il n'y en a guère, on pourrait dire qu'il n'y en a pas, pour que des ensemencements faits avec des substances contaminées restent stériles. D'ailleurs, messieurs, dans ces expériences dont je viens de vous parler, les tubes témoins ont abondamment cultivé.

Je n'ai pas répété ces expériences, parce que mon ami Widal est d'avis qu'elles sont pleinement démonstratives, et je vous rappelle que je communique les expériences en son nom autant qu'au mien.

Je conclus donc avec lui : il est possible de rendre des mains aseptiques même après les contacts les plus septiques.

Messieurs, je ne puis m'empêcher de me rappeler une phrase qui a été prononcée ici par Tuffier, il y a quinze jours. Tuffier a dit, (cette phrase est imprimée dans nos Bulletins) : « Je considère un chirurgien qui fait le toucher rectal sans protection digitale, non seulement comme un chirurgien septique, mais comme un homme sale ». Gros mot, messieurs.

Comme pour s'excuser d'avoir osé le dire, Tuffier a ajouté : « Je puis parler ainsi, puisque pendant des années ce reproche s'adressait à moi-même ». Je n'ai pas à m'immiscer aux débats intimes que des scrupules rétrospectifs ont fait naître dans la conscience de notre collègue. C'est à lui de juger s'il se lavait mal les mains, si son *mea culpa* est justifié, si vraiment il y a une époque de sa vie où on pouvait dire de lui en toute justice qu'il était un homme sale.

Mais je viens de démontrer qu'il n'avait pas le droit de jeter cette accusation à la face de ceux d'entre nous qui savent se laver les mains.

Il me reste à vous dire comment je me les lave moi-même depuis que je fais de la chirurgie. Je n'emploie aucune drogue spéciale, aucune préparation miraculeuse. De l'eau chaude, du savon, de l'alcool et du sublimé me suffisent. Je dois cependant entrer dans quelques détails afin que ceux qui voudront renouveler mes expériences puissent le faire.

D'abord il faut de l'eau très chaude. La chaleur a deux effets également importants. Elle fond les graisses et favorise leur émulsion ; elle détermine une certaine sudation qui nettoie mécaniquement les orifices glandulaires.

Je me sers du savon ordinaire des hôpitaux. Mais voici un point qui me paraît important. Je crois qu'il est difficile de bien se laver dans une eau courante, et c'est ainsi qu'on se lave souvent ; il y a même des services où la disposition des appareils ne permet pas de faire autrement. Dans une eau qui se renouvelle, on ne peut pas arriver à avoir une solution de savon assez con-

centrée pour dissoudre toutes les graisses de l'épiderme. Je me lave dans une faible quantité d'eau et j'y dissous autant de savon qu'il est possible, de façon que la solution soit onctueuse et mousseuse. C'est là un précepte qui a été formulé, il y a longtemps, par M. Championnière.

Je change l'eau une fois pendant le lavage, que je prolonge au moins cinq minutes, habituellement davantage, en brossant énergiquement et de préférence les parties les plus difficiles à nettoyer, espaces sous-unguéaux, sertissure des ongles, commissures interdigitales; puis je me rince pour enlever le savon sous un courant d'eau chaude.

Je recommence ensuite le brossage dans l'alcool à 90 degrés. C'est un temps que je considère comme capital. Ce brossage à l'alcool décape l'épiderme; si je puis ainsi parler, il vous dégante de toutes les squames épidermiques qui ont pu être contaminées; il fait faire peau neuve, et si je devais donner une formule imagée des effets du lavage chirurgical des mains, je dirais qu'il doit faire une peau neuve pour chaque nouvelle opération.

Vous me demanderez, messieurs, pendant combien de temps je poursuis le brossage à l'alcool. Je ne puis vous répondre par des chiffres, car ce n'est pas sur le temps que je me règle.

Voici quel est mon critérium. A côté du bassin d'alcool, j'ai un bassin de liqueur de Van Swieten et j'y plonge les mains de temps en temps. Vous savez que quand on plonge ses mains dans une solution aqueuse et qu'on les retire, le liquide glisse ou se met à l'état sphéroïdal sans mouiller la peau. Celle-ci est recouverte de matières grasses dont la forte tension superficielle la préserve du contact de l'eau. Au contraire, quand les matières grasses ont été dissoutes, quand l'épiderme est bien imbibé d'alcool, les solutions aqueuses entrent en contact avec la peau, elles la mouillent.

Je plonge donc de temps en temps mes mains dans la liqueur de Van Swieten, et je les observe en les retirant. Lorsque le sublimé ne glisse nulle part et mouille partout, je considère le lavage à l'alcool comme suffisant et je termine par une immersion d'une minute dans le sublimé. Avant de prendre le bistouri, je repasse mes mains dans l'alcool, qui me laisse une sensation plus agréable.

C'est en procédant ainsi, messieurs, que je réussis à rendre mes mains aseptiques.

Vous jugerez peut-être que ce lavage est un peu offensant pour l'épiderme. Cela, c'est affaire personnelle. Pour moi, je ne vous dirai pas que j'ai la peau des mains d'une extrême douceur; mais voilà bientôt dix ans que les lave de cette façon et ma peau

résiste, sauf parfois en hiver où j'ai de légères excoriations. J m'en tire avec quelques pâtes de toilette.

Messieurs, lorsque M. Quénu a fait ici sa dernière communication, je lui disais en sortant de cette enceinte : « Je suis convaincu qu'on peut se laver efficacement les mains. » Aujourd'hui j'en suis scientifiquement sûr, je viens de vous le dire. « C'est possible, me répondit M. Quénu, mais vous ne pourriez pas le faire trois fois par mois. » M. Quénu voulait dire que ma peau ne supporterait pas ce lavage sévère. Elle le supporte.

Mais la réponse de M. Quénu m'inquiète fort. Elle semble vouloir dire que quand on met des gants, on se lave moins les mains. S'il en est réellement ainsi, les gants me semblent dangereux. Pour ganter sa main gauche, il faut se servir de sa main droite nue. Si celle-ci n'est pas aseptique, elle va septiciser le gant, et remarquez qu'on n'est jamais sûr de ne pas avoir touché quelque chose de septique : une croûte de pain est très septique. En outre, les gants peuvent se déchirer. Pour ma part, si je mettais des gants, je me croirais obligé de me laver les mains comme si je n'en mettais pas.

Je crains encore autre chose. On va croire que le gant suffit à parer tous les dangers. Ne va-t-il pas arriver qu'un artifice qui en lui-même est sans vertu, qui ne peut avoir de valeur, s'il en a, que par la manière dont on l'utilise, ne va-t-il pas arriver qu'un artifice se substitue à l'esprit de la méthode ?

Permettez-moi, messieurs de rappeler à titre de comparaison le souvenir d'un de mes maîtres de mémoire très justement respectée. C'était un chirurgien anatomiste de grande allure, qui, comme beaucoup de gens de sa génération, avait adopté quelques pratiques de l'antisepsie sans bien saisir l'esprit de la méthode. Lorsqu'il laissait tomber un instrument, il le ramassait et s'en servait sans scrupule. Comme je m'étais hasardé un jour à lui faire remarquer qu'il vaudrait mieux en prendre un autre : « Pourquoi donc, jeune homme ? me répondit-il ; nous allons tremper celui-ci dans le germicide. »

N'arrivera-t-il pas quelque chose d'analogue? Ne va-t-on pas attribuer au gant la même vertu miraculeuse qu'au germicide? Ne va-t-on pas croire que le gant est nécessaire, ce qui serait un petit malheur? Ne va-t-on pas croire aussi qu'il suffit à tout, ce qui en sera un grand?

Il va sans dire que ces craintes s'appliquent non pas aux membres de cette Société, mais à certains de ceux qui cherchent à mettre en pratique les préceptes que nous formulons ici.

Je viens de dire, messieurs, que ce serait un petit malheur que de considérer le gant comme nécessaire. C'est là un point délicat

qu'il me faut cependant effleurer. Il est bien entendu que je parle seulement des gants imperméables; car les gants perméables et absorbants, je ne crois pas vraiment qu'il y ait à en parler.

Une opération chirurgicale exige une certaine virtuosité manuelle. Demandez à un ouvrier d'art, un mouleur, un praticien, un orfèvre, un ivoirier de travailler avec des gants; demandez à un pianiste d'exécuter un concerto main gantée, vous verrez s'il acceptera. Peut-être arriverait-il à le faire en s'exerçant, mais il ne le ferait ni avec la même précision, ni avec la même rapidité que main nue.

Je crois qu'il en est de même pour l'œuvre chirurgicale. J'entends bien que l'exercice doit donner des facilités qui semblaient improbables au premier abord, mais il me paraît impossible que le même chirurgien ait la même habileté avec des gants que sans gants; il me paraît impossible qu'il ne soit pas à ce point de vue diminué dans une certaine mesure; il me paraît impossible qu'il ne perde pas au moins de sa rapidité.

Alors ses opérations vont être de durée plus longue. Mais est-ce que les chances de contamination n'augmentent pas dans une proportion terrible avec la durée des opérations? Ne nous a-t-on pas dit qu'à la fin des opérations longues les gants eux-mêmes deviennent septiques? Le chirurgien ganté ne va-t-il pas perdre et au delà par l'allongement de ses opérations les avantages que lui donnaient ses gants, en admettant qu'ils en donnent?

M. Quénu, qui s'est placé surtout au point de vue pratique, a apporté une statistique importante et il a répondu à toutes les objections qui lui ont été faites en réclamant des statistiques hospitalières intégrales du même genre que la sienne.

J'ai tenu à vous apporter d'abord des expériences, parce que les résultats expérimentaux ont une précision à laquelle nulle statistique ne saurait prétendre. Mais je ne veux pas me dérober sur le terrain statistique.

Cependant la partie n'est pas égale entre M. Quénu et moi à ce point de vue. M. Quénu a un service et les résultats qu'il apporte sont d'hier. Moi je n'en ai pas. Le seul service que j'aie eu et où j'aie été assez libre pour agir à ma guise est celui de mon maître Nicaise à Laënnec. Je l'ai quitté en 1896. Ce sont donc des résultats vieux de quatre ans que je vais citer, et, permettez-moi de le dire, j'espère que je suis au moins capable de faire aujourd'hui ce que je faisais il y a quatre ans.

J'ai relevé, pour la période où j'étais à Laënnec, toutes mes opérations de salpingite et de cure radicale de hernies inguinales.

J'avais fait, à ce moment, 135 laparotomies pour lésions des

annexes. Cette statistique a été publiée en détail dans la thèse de mon ami Chavin.

Sur ces 135 laparotomisées, 5 sont mortes, ce qui donne une mortalité globale de 3,7 p. 100. M. Quénu, sur 21 laparotomies pour salpingites, a eu une mort. Si on était autorisé à faire un pourcentage sur ces chiffres, on trouverait 4,7 p. 100. La malade qu'a perdue M. Quénu était dans des conditions telles qu'elle ne pouvait guérir. Je n'insiste pas. Ces chiffres bruts suffisent à montrer que les résultats que j'obtenais il y a quatre ou cinq ans et sans gants valent ceux que M. Quénu obtient actuellement avec des gants.

Les opérations de cure radicale de hernie me paraissent très propres à montrer le degré d'asepsie de l'opérateur surtout quand on ne fait pas de drainage. Or, je ne draine jamais.

Dans le même laps de temps, j'ai fait 138 cures radicales de hernie inguinale. Tous mes malades ont guéri.

Chez 122, la réunion par première intention a été absolument complète.

Chez 11, la réunion n'a pas été absolument parfaite. Il s'est fait une désunion partielle. Dans bien des cas, la partie désunie n'était pas plus large qu'un orifice de drainage. La guérison n'a même pas été retardée; si j'en parle, c'est par excès de scrupule. Sur ces 138 malades, 5 ont éliminé tardivement des fils. C'est un accident que je ne vois plus jamais depuis que j'ai renoncé à la soie pour le catgut.

Ainsi, messieurs, les faits expérimentaux et les résultats cliniques sont parfaitement concordants et également démonstratifs. On peut faire de la chirurgie aussi aseptique sans gants qu'avec des gants. C'est là ma conclusion.

Je n'imiterai pas l'intransigeance de ceux qui exigent qu'on mette des gants : je ne déclarerai pas qu'il n'en faut jamais mettre. Je ne vois aucun inconvénient à ce qu'on en mette pour les opérations septiques qui n'exigent pas une grande virtuosité, mais pour les opérations aseptiques et délicates, je ne crois pas qu'il soit bon de diminuer sa dextérité, si peu que ce soit, en se gantant.

Présentations de malades.

Volumineuse tumeur conjonctive de la parotide récidivante, extirpation.

M. Quénu. — Je vous présente ce malade opéré par moi, le 31 mars de cette année, pour une tumeur de la parotide que certains pathologistes qualifieraient de tumeur mixte et que je considère, avec MM. Bosc et Jeanbrau, comme appartenant aux tumeurs conjonctives. Je présente à la fois l'opéré, la tumeur enlevée et les préparations histologiques.

Ce malade, âgé de trente-six ans, ne paraît avoir aucun antécédent héréditaire néoplasique. Sa tumeur débuta à l'âge de vingt et un ans par un petit noyau gros comme une noisette, roulant sous le doigt, et situé derrière la branche montante du maxillaire droit. La tumeur augmenta lentement de volume, et en 1890 atteignait le volume d'un œuf de poule; à cette date, le malade fut opéré par M. Ricard, notre collègue. Pas de paralysie faciale post-opératoire.

En 1894, récidive et deuxième opération, par M. le Dr Braine. La tumeur avait à ce moment un volume aussi considérable qu'actuellement. L'opération fut suivie d'une paralysie faciale incomplète.

Deux ans après, en 1896, il y eut une deuxième récidive.

Le 30 mars 1900, la tumeur récidivée occupe les régions parotidiennes sous-maxillaire et temporale, la surface est hérissée de bosselures. A l'extrémité inférieure, deux masses arrondies, lisses, dures, donnent l'idée de ganglions indurés. Dans l'ensemble, la tumeur a une consistance solide. La tumeur est assez mobile, elle adhère toutefois à l'angle du maxillaire inférieur et plonge profondément vers le pharynx. Saillie très marquée sous la partie droite de la voûte palatine postérieure; l'amygdale droite et la luette sont repoussées vers la ligne médiane, néanmoins, il n'y a aucune difficulté de la déglutition.

Le sillon nasogénien est moins accusé à droite qu'à gauche; la commissure droite est tirée en bas et à droite. En outre, le malade présente : 1° à l'extrémité externe et au-dessus du sourcil droit une petite masse du volume d'une noix, roulant sous le doigt, située sous la peau et donnant tout à fait l'idée d'un petit kyste sébacé : aucune connexion avec la tumeur parotidienne; 2° sur le diamètre sagittal de la tête, une grosse tumeur du volume d'une mandarine et une seconde interpariétale; 3° une petite tumeur siège au-dessus du pavillon de l'oreille droite.

Opération le 31 *mars* 1900. — Incision verticale étendue du lobe de l'oreille au cartilage thyroïde.

Dissection de la peau adhérente à la partie supérieure de la tumeur. Dissection par la partie postérieure et inférieure; ligatures de la carotide externe et de la jugulaire externe. A la partie antérieure, le

néoplasme adhère au masseter dont une partie est réséquée; elle adhère encore à l'os maxillaire, qui est érodé. La tumeur ne tient alors que par son prolongement pharyngien; on l'énuclée avec le doigt, on extirpe encore tout un chapelet de petites masses arrondies et assez facilement énucléables.

Les tumeurs du cuir chevelu sont également extirpées. Les suites ont été simples; le malade est toutefois atteint d'une paralysie faciale complète.

La pièce examinée est recouverte d'une coque fibreuse ; la coupe offre une surface de section blanchâtre.

Examen histologique (par M. Lecène, interne du service). — Des coupes de la tumeur ont été faites en quatre points différents ; d'abord sur un morceau prélevé au centre même de la tumeur parotidienne, puis sur une masse arrondie prémassétérine, puis sur un fragment du prolongement sous-maxillaire ; enfin, sur les noyaux sous-cutanés de la queue du sourcil. Les morceaux ont été fixés au sublimé acétique et inclus dans la paraffine. Les coupes ont été colorées à l'hématéine, au picrocarmin, au carmin aluné et suivant la méthode de Van Gibson. Sur toutes les coupes, aussi bien sur celles du centre de la tumeur que sur celles de ses prolongements, et des noyaux métastatiques, nous avons trouvé exactement la même structure : des cellules étoilées, rameuses, semées au milieu d'une substance colorée en rose par le picrocarmin (mucine); au milieu de ce tissu muqueux, de nombreux îlots et cordons de cellules assez régulièrement cubiques, à gros noyau, à distribution surtout périvasculaire, ne reproduisant nulle part les dispositions glandulaires ; aucune de ces cellules ne nous a montré de figures karyokinétiques.

Nulle part nous n'avons trouvé de cartilage ni de débris de parotide normale; nous nous croyons autorisés à conclure à un myxosarcome.

L'examen de cette pièce vient, à notre avis, à l'appui de l'opinion récemment défendue avec talent par MM. Bosc et Jeanbrau (1). Cette tumeur est composée de tissu conjonctif modifié en certains points, de manière à simuler un épithélium, mais ce n'est là qu'une apparence; il s'agit manifestement d'une transformation complexe du tissu conjonctif, ici formant la plus grande masse sous forme de tissu myxomateux, là sous forme de cellules épithélioïdes disposées en amas alvéolaires. Loin d'être une tumeur mixte d'origine glandulaire, cette tumeur est une simple tumeur conjonctive juxta-parotidienne.

M. Berger. — Je ne veux dire qu'un mot sur la classification histologique de ces tumeurs. Il est possible que la tumeur présentée par M. Quénu soit conjonctive au point de vue microcos-

(1) *Archives provinciales de chirurgie*, n° 5 et 6, mai et juin 1899.

pique, mais il est certain que, dans la plupart des cas de tumeurs des glandes salivaires, on ne peut distinguer nettement si la nature est purement endothéliale ou, en même temps, conjonctive. Kaufmann, en particulier, a insisté sur le fait qu'au point de vue morphologique, la distinction est impossible, et que c'est seulement l'étude du point de départ et du mode de développement de ces tumeurs qui permet de reconnaître si elles sont d'origine endothéliale ou mixte.

M. Tillaux. — J'ai présenté ici, autrefois, un jeune Canadien, opéré deux fois par des chirurgiens anglais d'une tumeur de la parotide. Je l'opérai pour la troisième fois et dus réséquer la branche montante du maxillaire inférieur. Cela se passait il y a une vingtaine d'années; depuis lors, le malade s'est marié, il a eu de nombreux enfants, et les dernières nouvelles que j'ai reçues de lui, il y a un mois, étaient excellentes.

Anévrisme poplité.

M. Monod. — Je vous présente le malade opéré d'*anévrisme poplité* par extirpation de la poche, au mois d'avril dernier, dont je vous ai déjà entretenu dans une de nos précédentes séances (1).

Ce malade, qui n'a jamais présenté aucun trouble dans la circulation artérielle du pied, peut être actuellement considéré comme guéri. A la réserve d'un léger œdème de la jambe se produisant le soir, — qui est peut-être d'origine variqueuse, car il n'existe pas au pied, — il présente une intégrité fonctionnelle et physique absolue du membre. On sent nettement les battements de la pédieuse.

J'ajoute que la sensibilité du membre est aussi intacte. Or, je rappelle qu'un filet nerveux que nous avons cru être le saphène externe, compris dans l'épaisseur du sac, avait été coupé au cours de l'opération. L'extrémité périphérique de ce nerf avait été immédiatement anastomosée, par implantation, avec le nerf sciatique poplité interne.

Deux cas de cholécystectomie pour fistule biliaire.

M. Picqué présente, en son nom et au nom de M. Mauclaire, deux malades opérés dans son service de l'hôpital Bichat, le même jour 5 mai, d'une *fistule biliaire*.

(1) *Bull. et Mém. de la Société de chir.*, séance du 17 avril 1900, t. XXVI, p. 409.

La première est une femme de vingt-huit ans, opérée le 2 février 1900 pour des accidents de lithiase biliaire par M. Mauclaire (crises de colique hépatique avec suppuration de la vésicule biliaire). La malade guérit avec la persistance d'une fistule, donnant une notable quantité de bile. L'opération récemment faite a consisté dans une résection de la vésicule, qui fut liée à son collet. Le collet de la vésicule fut reinvaginé à l'aide d'une suture séro-séreuse. La guérison est aujourd'hui complète.

Le deuxième cas présente un intérêt plus grand. C'est un homme de trente-trois ans.

La première opération date du 18 juin 1899; elle fut pratiquée par moi à la Pitié avec l'assistance précieuse de M. le professeur Berger, pour un ictère chronique dû à un calcul du canal cholédoque. Le malade présentait d'ailleurs depuis plusieurs années des accidents graves de lithiase biliaire.

L'opération montra une vésicule peu distendue et à parois très épaisses. L'incision permit l'exploration des voies biliaires à l'aide d'une bougie d'Hégar et le refoulement du calcul jusque dans le duodénum. Fixation de la vésicule à la peau.

L'ictère a disparu complètement, mais il persiste une fistule qui donne une quantité énorme de bile.

Chaque jour le malade en rend une quantité variable, d'après des pesées précises, de 600 à 1.000 grammes.

L'état général reste excellent, et les fonctions digestives parfaites. Le malade a engraissé.

Le 28 juin 1899, avec l'assistance de M. Berger je pratique une anastomose de la vésicule avec l'estomac, ne pouvant en raison des adhérences l'établir avec le duodénum.

Cette anastomose s'oblitéra, et la fistule persista.

C'est alors que je me décidai le 5 mai à pratiquer chez le malade comme chez la précédente la résection de la vésicule biliaire. Je suivis le même procédé et je vous présente aujourd'hui le malade complètement guéri.

M. Michaux. — Je voudrais demander à M. Picqué si l'analyse bactériologique de la bile qui s'écoulait par la fistule a été régulièrement faite et si ce liquide était encore infecté au moment où la vésicule biliaire a été réséquée.

M. Picqué. — Je regrette de ne pouvoir répondre à la question de M. Michaux; en effet, bien que l'examen de la bile ait été pratiqué plusieurs fois pendant l'évolution de la fistule, il ne l'a pas été immédiatement avant l'opération.

M. Michaux. — Si j'ai posé cette question à M. Picqué, c'est qu'il m'est arrivé, en opérant sur des vésicules biliaires infectées, d'observer des accidents de collapsus cardiaque ; accidents qui n'ont disparu que par la réouverture spontanée de la fistule. J'aurais désiré m'éclairer sur la pathogénie de ces accidents.

M. Ricard. — Deux fois cette année j'ai eu l'occasion d'intervenir pour des fistules biliaires persistantes à la suite de cholécystites calculeuses ; dans les deux cas, j'ai pratiqué la cholécystectomie ; la réunion s'est faite par première intention et cependant la bile était certainement infectée. Dans ces cas, j'ai supprimé jusqu'au canal cystique une cavité septique.

Présentation de pièces.

Deux cas de résection de l'embouchure de la saphène interne.

M. Picqué présente *deux dilatations ampullaires de la saphène* au niveau de son embouchure avec la veine fémorale et qu'il a opérées dans la même semaine, à l'hôpital Bichat. Les deux malades sont parfaitement guéris. La section a été pratiquée contre la paroi de la veine fémorale et la plaie oblitérée par une suture en bourses.

Chez ma première malade, la tumeur avait été prise par un confrère pour une hernie crurale et opérée comme telle. N'ayant rien trouvé, il a refermé la plaie purement et simplement. C'est alors qu'elle est entrée dans mon service.

Présentation d'instruments.

Ipsileur.

M. Kirmisson. — J'ai l'honneur de présenter à la Société, au nom de M. Guilmeth, l'appareil qu'il a imaginé sous le nom d'*ipsileur* et qui sert à projeter des substances antiseptiques dans les trajets fistuleux, de manière à les désinfecter. Cet appareil se compose de deux parties : 1° un réservoir contenant du chlorure d'éthyle mélangé à diverses substances antiseptiques (iodoforme, salol, traumatol, etc.) ; 2° un tube qui sert à la propulsion de ces substances et auquel on adapte des tuyaux de caoutchouc et des

canules de formes variées. Il suffit de faire tourner de gauche à droite le tube sur le réservoir pour que la communication s'établisse entre eux, et alors le chlorure d'éthyle, porté à une température de 28 à 30 degrés, à l'aide d'eau tiède introduite dans la petite caisse qui couronne le réservoir, s'échappe en gaz doué d'une certaine pression, suffisante pour balayer des plaies le pus et les corps étrangers, sources d'infection. Comme ce nettoyage se fait par l'intermédiaire de drains, ceux-ci se trouvent aussi antiseptisés par l'iodoforme, qui se dépose instantanément en couche très fine dans leur calibre.

Déjà, à propos de la discussion sur le traitement de la coxalgie, en décembre dernier, j'ai fait allusion à cet appareil, qui m'a été présenté par M. Coudray et qui est mis constamment en usage dans mon service pour la désinfection des trajets fistuleux de la coxalgie, du mal de Pott et des tuberculoses osseuses et articulaires en général. Les résultats obtenus me paraissent très satisfaisants et je considère cet appareil comme un adjuvant utile dans le traitement conservateur des tuberculoses osseuses et articulaires, auquel je reste plus attaché que jamais.

M. Paul Reynier. — J'ai plusieurs fois fait usage de l'appareil de M. Guilmeth, et, comme M. Kirmisson, je suis heureux de venir ici vous le recommander. Grâce à cette adjonction de substances antiseptiques au chloryl, on peut, comme le fait remarquer M. Kirmisson, tapisser les cavités les plus anfractueuses, sur toutes leurs surfaces, de ces substances antiseptiqnes. Je me suis servi surtout de l'appareil de M. Guilmeth dans les trépanations de la mastoïde et les opérations de Stacke, et je n'ai eu dans ces cas qu'à me louer des résultats obtenus. J'ai pu ainsi arriver à tarir des suppurations, qui avaient résisté à tous les traitements antérieurs.

Le Secrétaire annuel,

Ad. Jalaguier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 6 JUIN 1900

Présidence de M. RICHELOT

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend seulement les journaux et publications périodiques de la semaine.

Communications.

A propos d'un nouveau cas d'intervention pour tuberculose rénale,

par M. ALF. POUSSON (de Bordeaux).

Pour faire suite à la communication que j'ai eu l'honneur de vous faire il y a deux mois sur le traitement chirurgical de la tuberculose rénale, je vous demande la permission de vous rapporter un nouveau cas dans lequel je suis intervenu depuis cette époque.

OBS. I. — *Tuberculose nodulaire caverneuse secondaire. Néphrectomie. Mort de généralisation pulmonaire six semaines après l'intervention.* — Mme G..., trente-sept ans, sans antécédents tuberculeux dans sa famille et ayant joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans, a été atteinte à cette époque d'un mal de Pott qui s'est révélé subitement, à la suite d'une chute, par la production brusque d'une gibbosité dans la région dorsale. Les douleurs, jusqu'alors inexpliquées, dont elle se plaignait dans la colonne vertébrale, disparurent à partir de ce moment et sa santé générale, en apparence excellente, lui permit de se livrer à des courses très longues dans la campagne. Mariée un peu avant l'apparition de la gibbosité, Mme G... n'a jamais eu de grossesse, mais, il y a deux ans et demi, ses règles, d'ailleurs habituellement irrégulières, s'étant supprimées pendant plusieurs mois, en même temps que son abdomen se développait, on la crut enceinte. C'est à ce moment qu'elle aurait commencé à ressentir des douleurs dans le côté gauche et à avoir des mictions fréquentes, mais sans pus ni sang dans les urines. Traitée pour une affection utérine, elle continua à souffrir et bientôt ses urines

devinrent purulentes et les besoins plus fréquents, plus douloureux et plus impérieux. Cependant, refusant de se laisser examiner, elle fut soignée pour de la cystite par une médication purement interne. En mars, appelé auprès d'elle, je puis l'examiner et constater dans la région lombaire gauche une volumineuse tumeur ayant la forme du rein très mobile, débordant le rebord des fausses côtes et pouvant être délogée de la région et amenée vers la fosse iliaque, absolument indolente. Pas de douleur le long de l'uretère, qui semble néanmoins volumineux. Rein droit non perceptible, non douloureux à la pression dans le sinus costo-vertébral; la malade n'en a jamais souffert. La vessie se vide bien, elle est très sensible à la pression surtout au niveau du bas-fond. Mictions toutes les heures environ, pas très pénibles, la malade pouvant résister au besoin. Les urines, purulentes à certains moments, sont le plus souvent claires; celles qu'on me montre sont à peine louches et contiennent un très faible dépôt pulvérulent : leucocytes, microcoques et bacilles de Koch. Mme G... est très amaigrie : fièvre tous les soirs; perte d'appétit; elle ne prend que du lait et des peptones. Aucune trace de tuberculose par ailleurs; l'auscultation de la poitrine notamment, pratiquée avec le plus grand soin à diverses reprises par mon confrère, le Dr Phélippot, et par moi-même, ne nous révèle rien de suspect.

Néphrectomie lombaire, le 7 avril 1900, très aisée en raison de la très grande mobilité de la tumeur et malgré son volume. Ligature séparée des vaisseaux au catgut. L'uretère, très volumineux, à parois très indurées, est sectionné à 12 centimètres environ du hile, entre deux ligatures résorbables, et la section du segment inférieur cautérisée au thermo.

Suites d'abord très simples : la fièvre tombe, l'état général se relève; 'appétit revient. Le urines s'éclaircissent et les besoins s'espacent.

Le 30 avril, la malade commence à tousser et l'auscultation révèle 'existence de gros râles bronchiques. On croit à une simple bronchite, mais bientôt des râles fins sont perçus aux deux sommets, la fièvre s'allume de nouveau et la malade succombe à une poussée de granulie dans les deux poumons, le 23 mai.

La forme anatomique, que présentait la bacillose rénale chez cette malade, est un premier point sur lequel je désire attirer l'attention : non que cette forme soit rare, mais au contraire parce qu'elle est une de celles auxquelles les opérateurs ont le plus souvent affaire. C'est la forme nodulaire caverneuse, ainsi que vous pouvez le voir sur la pièce que je mets sous vos yeux. Dans la partie corticale existe une série d'anfractuosités, véritables abcès froids intrarénaux contenant un pus granuleux, caséiforme, ne communiquant pour la plupart ni entre elles ni avec les calices et le bassinet et séparées par des cloisons de tissu rénal d'aspect à peu près normal. Sans nier que la néphrotomie eût pu permettre l'évacuation du plus grand nombre de ces cavités, elle en aurait laissé certainement plusieurs inouvertes.

Pour assurer après la néphrotomie l'issue directe au dehors des produits de sécrétion des cavernes tuberculeuses du rein et empêcher la contamination de l'atmosphère périrénale, on a conseillé de suturer les lèvres de la plaie viscérale à celles de la plaie pariétale. Étant donnée la friabilité du tissu rénal, qu'on peut constater sur cette pièce, je ne crois pas qu'il faille beaucoup compter sur cette néphrostomie et je persiste à croire que, pour cette raison encore, la néphrectomie primitive doit toujours être l'opération de choix.

Assurément, on peut enlever par la région lombaire des tumeurs plus volumineuses que celle que je vous présente et qui mesure 18 centimètres sur 12; le fait que j'ai pu l'extraire sans la rompre, malgré la minceur de ses parois en certains points, est néanmoins à retenir. Il en est de même de la résection de l'uretère que j'ai pu pratiquer par cette voie dans une longueur de 12 centimètres et que vous voyez ici du volume du doigt avec ses parois épaissies et rigides et sa lumière oblitérée par une sorte de mastic caséeux.

La mort de mon opérée survenue, moins de deux mois après la néphrectomie, par tuberculisation pulmonaire, est un fait d'autant plus digne de vous être signalé qu'il est très rare, car sur 335 observations d'extirpation du rein pour tuberculose, réunies en vue d'un travail en préparation, je n'ai relevé que 38 décès pour généralisation à l'autre rein, aux poumons ou à quelque autre organe. Notez encore que l'auscultation la plus attentive n'avait révélé rien de suspect du côté de la poitrine et que pourtant, l'intervention ne saurait être accusée d'avoir donné un coup de fouet à une tuberculisation qui n'existait pas. Du reste les contre-indications opératoires tenant à l'infection par le bacille de Koch des poumons ou des autres organes ne sont pas régies par d'autres lois que celles qu'on invoque dans toutes les opérations de tuberculose locale. Des lésions pulmonaires à leur début, loin d'entraver l'action chirurgicale, doivent au contraire y pousser, car on a vu après l'extirpation ou l'incision de nécessité d'une pyonéphrose tuberculeuse, épuisant le malade par résorption des produits toxi-infectieux, dont elle est le siège, la santé générale se relever et l'état des poumons s'améliorer définitivement.

Une intervention chirurgicale dans un cas d'infection colibacillaire rénale,

par M. Alf. POUSSON (de Bordeaux).

M. C..., cinquante-six ans, m'est adressé pour la première fois, le 26 mars 1900, par mon ami, le Dr Peyre, parce qu'il pisse du sang en

abondance. Cette hématurie s'est déclarée subitement dans la nuit du 21 au 22 mars après un coït et n'a pas cessé depuis lors. Elle est totale avec caillots nombreux, mais courts et informes pour la plupart, sans douleur, sans fréquence des mictions.

La vessie se vide incomplètement et, par le cathétérisme, j'évacue 450 grammes d'urine noirâtre, couleur sépia, épaisse et marc de café à la fois. L'exploration de la vessie par tous les moyens mis à notre disposition y compris la cystoscopie, qui ne montre point l'issue d'urine sanglante par l'un ou l'autre uretère, est négative, et, étant donnée la rétention dont était atteint le malade, l'hypertrophie de la prostate constatée par le toucher rectal, la circonstance à la suite de laquelle s'est déclaré le pissement de sang, je porte le diagnostic d'hématurie congestive chez un prostatique rétentionniste. La disparition rapide du sang à la suite de sondages régulièrement pratiqués, semblait devoir me donner raison, lorsque, le 14 avril, l'hématurie se reproduit plus violente et plus persistante que la première fois. Je soumets la vessie à un nouvel examen et l'absence de saignement par la sonde, alors que le viscère a été soigneusement lavé à la solution boriquée, se joignant aux renseignements fournis par la palpation bimanuelle qui montre l'intégrité absolue de la souplesse des parois, me font douter de la provenance vésicale de l'hémorragie. Par contre, quelques douleurs vagues que le malade accuse dans la région lombaire droite et le long de l'uretère et que la pression à ce niveau réveille, me font penser que le rein pourrait bien en être la source. Cependant, l'hémorragie ayant plongé le malade dans une anémie aiguë menaçante, il fallait agir sans retard.

Le malade étant endormi le 27 avril, je fouille la région lombaire sans y trouver la moindre augmentation de volume du rein; en revanche la cystoscopie me montre sur le bas-fond de la vessie à droite, dans la région urétérale, une tumeur gris roussâtre, déchiquetée à sa surface, et que je prends pour un néoplasme. Mais, la cystotomie pratiquée séance tenante, je trouve au lieu et place du néoplasme un caillot fibrineux cachant l'embouchure de l'uretère droit et toute la face interne de la vessie est saine. Le caillot enlevé, il sort de l'uretère un magma noirâtre de consistance sirupeuse à la suite duquel s'échappe par intermittence un petit jet de liquide rouge : l'uretère gauche laisse sourdre de l'urine normale. Une sonde urétérale à bout coupé étant introduite jusque dans le bassinet et sortant par l'uretère, je mets à côté dans le canal une sonde de Pezzer et je ferme hermétiquement la vessie. La sonde urétérale laisse écouler pendant quelques heures un peu d'urine puis elle se bouche; quant à la sonde de Pezzer, elle soutire complètement l'urine, qui ne contient plus de sang pendant huit jours. A ce moment, la néphrorragie se reproduit et remplit la vessie de caillots qui font éclater la cicatrice hypogastrique.

Deux jours après, le 8 mai, je pratique la néphrectomie d'urgence et j'extrais le rein que je vais vous montrer. A partir de ce moment, l'hémorragie cesse définitivement et, bien que la plaie lombaire ne soit pas complètement cicatrisée, ce malade peut être considéré comme guéri.

La nature de la lésion du rein enlevé chez ce malade a été pour moi l'occasion d'une double surprise. En effet, comme vous le voyez, ce rein offre macroscopiquement tous les caractères de la tuberculose miliaire aiguë ; or, il s'agit histologiquement et bactériologiquement d'une infection colibacillaire évidemment d'origine hématogène, car, ainsi que j'ai pu le constater, et par la cystoscopie et par la cystotomie, la vessie était parfaitement saine et non infectée. C'est là un fait des plus intéressants, qui semble devoir élargir le champ de la thérapeutique des néphrites aiguës et les faire passer, du moins pour quelques-unes, du domaine de la médecine dans celui de la chirurgie. Sans nier que dans la majorité des cas les néphrites dites médicales, tant aiguës que chroniques, soient le plus souvent bilatérales, je crois que ce dogme de la bilatéralité n'est pas inattaquable et qu'à leur début, tout au moins, les infections rénales peuvent être limitées à un seul rein. J'en ai rapporté un certain nombre de cas dans un travail antérieurement publié (1). Grâce au cathétérisme de l'uretère, le diagnostic de l'unilatéralité de la lésion est possible, et lorsqu'un accident menaçant force la main, on est donc pour moi autorisé à agir sans crainte, soit par la néphrotomie, soit par la néphrectomie.

M. Monod. — J'ai retardé jusqu'à aujourd'hui la publication de l'observation que je vais résumer, parce que, l'examen anatomique du rein enlevé en cette occasion ayant été négatif, j'attendais la publication d'un fait analogue, pour en rapprocher le mien. Cette occasion, l'intéressante communication de M. Pousson semble me la fournir.

C'était il y a une dizaine d'années ; j'étais appelé auprès d'une jeune fille de quinze ans, qui était manifestement en proie à une infection grave : pouls très fréquent, température entre 39 et 40, état général mauvais, vomissements incessants.

Après un examen complet de la malade, je crus que la seule circonstance qui pût expliquer les phénomènes observés était une tuméfaction considérable siégeant dans la région du rein droit, tuméfaction mobile, manifestement rénale ou périrénale, peu douloureuse au toucher et non fluctuante.

L'intégrité des urines qui ne contenaient ni pus ni albumine rendait moins douteuse l'existence d'une néphrite ou d'une pyélo-néphrite suppurée ; celle d'une collection périnéphrétique semblait plus probable, malgré la mobilité relative de la masse.

Il nous parut du moins, au D[r] Galliard, qui avait suivi la malade

(1) De l'intervention chirurgicale dans certaines variétés de néphrites médicales, *Association française d'urologie*, 1899.

dès le début et à moi-même, qu'une intervention était urgente.

Une longue incision latérale passant en dedans de l'épine iliaque antérieure et inférieure mit à découvert, sans ouverture du péritoine, un rein énorme, dont l'extrémité supérieure était à sa place normale, mais dont l'inférieure descendait jusque dans la fosse iliaque. Il semblait de consistance normale; aucun point d'apparence plus molle n'invitait à l'incision. Je reculai d'ailleurs devant la simple ouverture d'un rein d'aussi grandes dimensions, sans compter que l'état grave de la malade me paraissait commander une action plus radicale.

Je pratiquai donc la néphrectomie qui reste extra-péritonéale. La situation s'améliora immédiatement et la malade guérit.

Le rein enlevé (1) ne montra à la coupe d'autre lésion qu'une dilatation du bassinet et, dans la substance corticale, une série de petits points gris jaunâtre, pouvant être pris à l'œil nu soit pour des granulations tuberculeuses soit pour des abcès miliaires. Mon collègue et ami Netter, qui voulut bien se charger d'examiner cette pièce, m'affirma qu'il ne s'agissait là ni de tuberculose, ni d'infection purulente, mais ne put se prononcer sur la nature exacte du mal.

Il me semble, à la réflexion, que ce fait est analogue au second de ceux que vient de nous communiquer M. Pousson.

Il s'agissait sans doute dans ce cas d'une néphrite infectieuse par voie sanguine; comme dans celui de M. Pousson, la lésion était unilatérale, et par conséquent justiciable, comme l'événement l'a montré, de la néphrectomie.

M. Routier. — Il y a quatre ans, j'ai été témoin d'un fait analogue à ceux qui viennent d'être rappelés, avec cette réserve que les phénomènes étaient encore plus aigus.

La malade, âgée d'une trentaine d'années, me fut envoyée d'un service de médecine avec le diagnostic de pyélo-néphrite. La température était très élevée; l'urine non purulente renfermait des traces d'albumine. La région rénale droite était très douloureuse. Par une incision lombaire, je découvris un rein un peu gros; je l'ouvris et je trouvai la substance rénale semée d'un piqueté purulent, ressemblant en tout aux lésions que nous trouvions autrefois dans la pyohémie. Je m'en tins à la néphrotomie et drainai largement. La température tomba aussitôt, et la malade guérit sans incident.

M. Potherat. — J'ai moi aussi observé et opéré une néphrite suppurée unilatéralisée.

(1) Présenté à la Soc. de Chirurgie le 17 février 1892, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1892, t. 18, p. 133.

Il s'agissait d'une dame de quarante-trois ans, qui avait, quelques mois auparavant, subi une infection vésicale probablement gonococcique, je dirai même certainement gonococcique, si je m'en fie aux renseignements qu'elle rapportait de l'étranger où la constatation de cet agent pathologique avait été faite. En tout cas, il n'existait chez elle aucun indice, aucun symptôme pouvant la faire suspecter de tuberculose.

Toujours est-il qu'au bout de quelques mois, des signes graves de lésion rénale apparurent : accès intenses de fièvre, douleurs lombaires vives, augmentation rapide et considérable du rein droit, facilement perceptible du côté de l'abdomen ou dans la fosse lombaire. Tantôt les urines étaient claires, et normalement abondantes tantôt elles étaient plus abondantes et nettement purulentes; leur couleur trouble persistait même longtemps après l'émission.

Bref, les signes étaient si nets, si évidents, que son médecin, d'ailleurs très instruit, mais peu au courant de ces affections, avait porté le diagnostic de pyo-néphrose du côté droit.

Je n'eus après l'examen de la malade qu'à confirmer ce diagnostic.

Je n'ai pas fait le cathétérisme des uretères, cependant, je crus pouvoir dire que le rein gauche n'avait pas été atteint; d'ailleurs la suite des choses confirma cette opinion.

Je pratiquai la *néphrotomie* lombaire, j'ouvris au centre du rein une vaste poche anfractueuse, contenant un liquide puriforme, dont l'examen bactériologique n'a pas pu malheureusement être fait. Je drainai largement avec trois drains; des lavages abondants furent faits de suite et consécutivement; au bout de quatre semaines, un seul drain restait, qui fut bientôt supprimé; au bout de huit à neuf semaines, la plaie rénale et celle des parties molles étaient complètement et définitivement fermées. La malade put être observée encore pendant six mois; au bout de ce temps, elle était restée guérie. Donc la néphrotomie a suffi à guérir cette malade d'une néphrite infectieuse, suppurée, unilatérale et qu'il ne me paraît pas hypothétique de considérer comme d'origine ascendante, bien que l'examen bactériologique du rein ne soit pas là pour donner à cette opinion une base inattaquable.

M. Pousson. — Je remercie mes éminents collègues de l'intérêt qu'ils semblent avoir pris à ma communication. Dans le travail auquel j'ai fait allusion, je rapporte quatre cas d'intervention pour néphrites infectieuses subaiguës et huit pour néphrites aiguës. J'ai moi-même été appelé à intervenir avec MM. les professeurs Lanelongue et Arnozan dans un cas analogue à ceux que viennent

de citer MM. Monod et Potherat. La néphrotomie seulement a été pratiquée et la malade a parfaitement guéri.

Si l'expérience ultérieure venait à confirmer, comme je le crois, ces résultats encourageants, l'intervention dans les néphrites médicales unilatérales n'aurait pas seulement pour effet d'entraver dans le rein malade, un processus menaçant l'organisme entier, mais encore de s'opposer, dans certaines circonstances, à un retentissement fâcheux sur le rein opposé et peut-être au développement d'une néphrite sympathique. Cette hypothèse, dont j'ai envisagé ailleurs (1) la réalisation, semble devoir être le corollaire anatomique de la synergie fonctionnelle qui, grâce au réflexe réno-rénal, existe entre l'un et l'autre rein.

Discussions

Sur la tuberculose rénale et le cathétérisme urétéral.

M. Bazy. — La communication de M. Pousson sur le traitement de la tuberculose rénale a soulevé la question de l'intervention rapide et radicale dans la tuberculose du rein et aussi ce qui en est l'élément indispensable, la question du diagnostic préalable de l'intégrité du rein que l'on n'enlève pas.

Je ne veux pas, laissant ce soin à ceux que cela intéresse, résoudre la question de savoir lequel des deux, de M. Albarran ou de M. Tuffier, a appris à l'autre la conduite à tenir dans la tuberculose rénale. Je crois qu'ils se sont mis d'accord en constatant que d'autres l'avaient fait avant eux.

J'ai eu, moi aussi, la pensée des interventions précoces dans la tuberculose rénale. C'était en 1890. Mais l'insuccès de mes tentatives, dont l'une fut faite avec l'assistance de M. Pichevin, ne fut pas de nature à me faire recommencer. J'étais imbu de cette idée qu'il suffisait d'avoir déclaré locale une tuberculose pour qu'il fût indiqué de l'enlever.

En opérant ainsi, je pensais faire une application à la pathologie urinaire d'idées que je croyais vraies et je ne pensais pas avoir fait une grande découverte.

En tout cas, je ne revendique rien.

J'arrive aux indications opératoires dans la tuberculose rénale :

(1) De l'existence d'un réflexe réno-rénal dans certaines néphrites médicales et de la possibilité du développement d'une néphrite sympathique. (*Communication à l'Académie de médecine*, 20 mars 1900).

Toute intervention chirurgicale sur un rein supposant la connaissance de l'état de l'autre rein, il est utile de savoir la valeur de ce dernier.

M. Albarran nous dit : « Il est un préjugé répandu, qui fait croire (je cite) à la difficulté extrême, à la presque impossibilité de connaître l'état des deux reins » et il ajoute qu'il est un procédé, à la portée de tous ceux qui veulent se donner la peine de l'apprendre, qui fait connaître l'état des deux reins et permet presque toujours d'opérer à coup sûr : c'est le cathétérisme urétéral.

M. Albarran paraît vouloir ignorer les autres moyens ou tout au moins les dédaigner malgré leur extrême simplicité.

Il nous dit que le cathétérisme urétéral est un procédé simple et facile, applicable chez presque tous les malades, qu'il est sans danger et d'une grande utilité pour établir les indications opératoires dans la tuberculose rénale.

M. Albarran n'a pas inventé le cathétérisme de l'uretère, pas plus que je n'ai inventé la méthode d'Achard et Castaigne que je vais défendre. Nous sommes donc à l'aise pour discuter.

Il ne me convient pas de me faire l'écho ou le colporteur de nouvelles qui ne peuvent entrer en discussion ici, quelque fondées qu'elles soient ou paraissent être.

Je bornerai la discussion au sujet qui nous occupe et avec les éléments dont nous disposons.

M. Albarran nous dit que le cathétérisme urétéral est un procédé simple et facile, applicable chez presque tous les malades, qu'il est sans danger et d'une grande utilité pour établir les indications opératoires.

Tout d'abord, je me permettrai d'appeler le cathétérisme urétéral une opération et non un procédé. Puis je remarque la phrase : « il est applicable chez *presque tous* les malades. » Il ne l'est donc pas chez tous. Or, que vont devenir ceux chez lesquels il n'est pas applicable ? Il faudra les opérer au jugé ou ne pas les opérer du tout... ou bien avoir recours à d'autres moyens de s'éclairer.

C'est un procédé, je veux dire une opération simple et facile, nous dit-il. Je remarque que sur quatorze observations il a été obligé d'employer *deux* fois le chloroforme, et dans « quelques cas » la cocaïnisation : ce qui fait anesthésie générale ou locale dans près de la moitié ou la moitié des cas.

La laparotomie exploratrice, qui exige l'anesthésie générale, est aussi une opération simple et facile : on pourrait tout aussi bien l'employer ; j'en dirais autant de l'exploration sanglante du rein ou de la néphrotomie exploratrice ; elles sont même plus simples et

n'exigent pas un appareil instrumental spécial; en outre, elles peuvent devenir curatrices.

Je vous demande en outre de faire observer, parce que je me permets d'avoir une certaine pratique de la cystoscopie, qu'il arrive assez souvent que l'orifice de l'uretère se dérobe aux recherches et que j'ai vu maintes fois le fait suivant : on introduit le cystoscope, on trouve très rapidement l'orifice urétéral d'un côté, on l'examine et on le voit disparaître ou bien après l'avoir examiné, on tourne l'instrument de l'autre côté et on ne voit pas l'autre. Sous l'influence d'une contraction vésicale, il s'est dérobé, et on le retrouve plus tard. En outre, certaines vessies sont assez altérées pour ne pas permettre la cystoscopie, à plus forte raison le cathétérisme de l'uretère.

Certaines même qui permettraient la cystoscopie ne permettraient pas le cathétérisme de l'uretère. M. Albarran admet du reste ces exceptions.

En outre, la cystoscopie et surtout le cathétérisme de l'uretère sont impossibles chez les enfants et pas mal d'adolescents. Je ne parle que pour mémoire des coïncidences de rétrécissement de l'urètre qui peuvent empêcher l'introduction des instruments : il faut cependant opérer ces cas comme les autres.

Voilà pour la simplicité et la facilité. Je ne discute pas la facilité de l'opération quand on a une vessie tolérante, de bonnes conditions et qu'on a l'habitude de la cystoscopie.

Il est sans danger, nous dit M. Albarran, dans les cas de tuberculose. Notre collègue n'a pas publié d'observations malheureuses, mais nous ne pouvons oublier que dans d'autres maladies infectieuses de la vessie, Desnos en France, et Israël en Allemagne, dans le lieu d'origine du cathétérisme urétéral, en ont publié; mais peut-être, après tout, la tuberculose n'est-elle pas inoculable.

Je vous avoue que si je faisais du cathétérisme de l'uretère une opération courante et journalière, je me garderais, dans la tuberculose urinaire, d'aller cathétériser le côté sain, surtout après avoir mis le cathéter dans le côté malade,

Car je remarque une singulière coïncidence : A l'observation III, je lis : la sonde urétérale se trouvant arrêtée à un demi-centimètre de la vessie dans l'uretère droit, je cathétérise le rein gauche supposé sain.

On fait la néphrectomie, la malade guérit de l'opération, mais six mois après elle était morte.

Et, à ce sujet, je me permettrai de demander à M. Albarran de nous rassurer un peu sur son *modus faciendi* : en effet, quand je lis dans plusieurs observations : « la sonde étant arrêtée dans l'uretère, je cathétérise le rein sain, » je vous l'avoue, je suis

effrayé, car la lecture, résumée, il est vrai, des observations me laisse l'impression qu'on est passé de l'uretère malade à l'uretère sain sans désemparer, par conséquent qu'on a pu transporter des microbes, soit ceux de la suppuration, soit ceux de la tuberculose dans l'uretère sain, et cette crainte me paraît d'autant plus justifiée que je vois aussi dans les observations que le cathétérisme de l'uretère ne va pas sans des érosions de la paroi, sans des hémorragies, de telle sorte que cela me fait l'effet d'un opérateur qui, après avoir incisé un tuberculome piquerait la peau de son voisin. J'exagère peut-être, mais vous reconnaîtrez avec moi que cette crainte est tout à fait légitime.

De même quand je songe que la sonde urétérale doit entrer à frottement dans l'uretère, que par conséquent elle peut recueillir les microbes qui peuvent être déposés au niveau de ces orifices, et quand je pense que cette sonde va pouvoir traumatiser et traumatise effectivement, qu'elle fait des érosions dans l'uretère et dans le bassinet, j'avoue que j'éprouve des inquiétudes.

Notre collègue nous dit qu'il fait des lavages de la vessie; mais il sait aussi bien que moi qu'il ne suffit pas malheureusement d'un seul lavage, quelque prolongé qu'il soit, pour aseptiser une vessie.

Je voudrais, dis-je, qu'il nous rassurât et qu'il nous fût dit que, quand s'étant engagé dans un uretère malade, il n'avait pas pu arriver jusqu'au bout, non seulement il avait changé de sonde ou de bougie, mais qu'il avait remis l'opération à un autre moment afin de pouvoir aseptiser le tube instrumental dans lequel passe la bougie, tube qui peut s'infecter quand on retire cette bougie.

Ce traumatisme, dis-je, n'est pas sans m'inspirer quelques inquiétudes au point de vue de l'avenir : ne pourrait-il pas être le point de départ de poussées tuberculeuses dont l'incubation peut être assez longue et dont les échéances peuvent être lointaines?

De plus, même en supposant qu'il n'y ait pas d'inoculations tuberculeuses, l'uretère traumatisé ne peut-il se rétrécir?

Pour mon compte, j'en ai peur.

Mais il est convenu que toutes ces considérations n'ont aucune valeur, puisque M. Albarran nous affirme qu'il n'a pas eu d'accidents. Je ferai toutefois remarquer que, pour un certain nombre de cas, l'observation n'est pas assez ancienne ou assez prolongée pour qu'elle ait toute sa valeur.

Si je ne voulais rester sur le domaine de la tuberculose rénale, je pourrais citer des exemples montrant que le cathétérisme urétéral n'est pas sans danger. Je passe et j'arrive à l'utilité du cathétérisme urétéral dans le cas de tuberculose rénale.

Je ne veux en aucune façon discuter ici les observations dont

M. Albarran nous a donné un résumé, d'une part parce qu'elles sont résumées, et d'autre part parce que je n'ai pas à m'immiscer dans la manière dont mes confrères font un diagnostic; mais je proteste, s'ils veulent la considérer comme indispensable et par suite l'imposer aux autres, et nous prouver qu'ils ont raison.

M. Albarran n'emploie que le cathétérisme de l'uretère pour poser ses indications, ou du moins je ne vois signalé que lui.

C'est comme s'il nous disait : Pour connaître l'état de l'urine d'un malade, il faut le sonder; à quoi je répondrais : *Il n'y a qu'à le faire uriner* et ce ne serait que s'il ne pouvait pas que je le sonderais, et je ne le sonderais que s'il avait besoin d'être sondé.

Eh bien, M. Albarran va nous prouver lui-même qu'on n'a pas besoin de sonder le malade, je veux dire de faire le cathétérisme de l'uretère pour connaître l'état du rein qu'on ne doit pas opérer.

Sans vouloir, dis-je, prendre une à une les observations, ce qu'il ne me convient pas de faire, je me contenterai de cette simple remarque :

M. Albarran a fait *vingt-six* néphrectomies et 14 néphrotomies pour tuberculose rénale; je laisse de côté les néphrotomies et ne prends que les 26 néphrectomies.

Or, il ne publie que 14 cathétérismes de l'uretère. Il a donc fait 12 *néphrectomies* sans l'avoir employé, c'est-à-dire près de la moitié des cas. C'est donc qu'on peut s'en passer très souvent. C'était ce que je voulais démontrer et ce qu'il démontre mieux que moi.

En outre, M. Albarran nous dit que *dans la tuberculose rénale, même légère, la perméabilité au bleu de méthylène* (p. 548) *est modifiée.*

Je ne demande pas un aveu plus formel. Du moment que je sais qu'un rein est sain, je pense pouvoir arriver à diagnostiquer celui qui est malade, et si je n'y arrivais pas, peut-être aurais-je recours au cathétérisme de l'uretère, mais en tout cas, jamais je ne cathétériserais l'uretère sain, surtout immédiatement après être entré dans le malade.

Dans ces deux derniers mois, je viens de faire 3 néphrectomies pour rein tuberculeux, deux en ville, une à l'hôpital, une primitive, deux secondaires, et les trois ont très bien réussi, l'épreuve du bleu de méthylène par la méthode d'Achard et Castaigne m'ayant démontré l'intégrité de l'autre rein. J'ajoute que chez l'un de mes opérés, le cathétérisme de l'uretère eût été impossible. Il s'agissait d'un enfant de quinze ans dont l'urètre n'aurait pas admis les instruments destinés à cette opération. Je ne parle pas, bien entendu, des autres néphrectomies que j'ai faites pour pyélonéphrites calculeuses ou autres.

J'ai été appelé ces jours derniers en province pour voir un jeune tuberculeux urinaire avec poussées fébriles. Un des deux reins était sûrement malade quoiqu'il ne fût pas très gros, c'était le gauche. Pour connaître l'état de l'autre rein, je n'ai pas proposé le cathétérisme de l'uretère qui eût peut-être été difficile, étant donné l'âge du sujet; j'ai fait faire l'épreuve du bleu de méthylène : elle n'a pas été favorable, cela m'a suffi et aurait dû suffire à M. Albarran.

En effet, du moment que M. Albarran admet que la tuberculose rénale même légère détermine des modifications dans le rein au point d'influencer l'épreuve du méthylène, je ne vois pas de raison pour faire le cathétérisme urétéral dans les cas de lésions bilatérales des reins, celles-ci étant d'avance diagnostiquées par l'épreuve du bleu : l'opération est donc inutile. Je constate une *contradiction* que je ne m'explique pas.

Il y a là, me semble-t-il, une tendance à exagérer la valeur d'un moyen de diagnostic qui peut conduire à des erreurs, tout comme pour la cystoscopie dont personne ne conteste la haute utilité et qui cependant conduit à faire diagnostiquer tumeur de la vessie, un simple fibrome de la paroi antérieure de l'utérus qu'une simple palpation bimanuelle eût bien mieux diagnostiqué.

Je borne là ces réflexions intercurrentes, et je me résume : le cathétérisme de l'uretère est inutile dans l'immense majorité des cas. Sans parler des cas de néphrotomie, M. Albarran s'est chargé de le prouver pour près de la moitié des cas de néphrectomie dont il nous a fait mention.

Il lui serait facile d'en augmenter le nombre, s'il voulait relire ses observations et, sans tenir compte du résultat du cathétérisme urétéral, colliger les symptômes présentés par ses malades.

Le cathétérisme urétéral pourrait peut-être être utile dans le cas de lésions commençantes du rein ; mais il faudrait qu'il nous fût prouvé qu'il est indiqué d'intervenir dans les lésions tuberculeuses commençantes, quel qu'en soit du reste le siège, et que la tuberculose du rein se distingue à ce point de vue des autres tuberculoses *dites locales*.

Et à ce sujet, je me permettrai de faire remarquer une *exagération* qui a échappé à M. Albarran emporté par l'ardeur de son argumentation. Le rein tuberculeux qu'il nous a présenté et qu'il a enlevé à un malade vu en consultation avec M. Perier nous a été présenté, non il y a un an comme il le dit à la fin de sa communication, mais bien le 11 octobre dernier, comme il le dit au commencement, c'est-à-dire sept mois seulement avant cette communication qui a eu lieu le 16 mai dernier : la guérison est presque deux fois moins ancienne, cela a bien son importance.

Il ne nous suffit pas d'avoir diagnostiqué tuberculose pour que l'intervention soit indiquée : il faut autre chose, et en particulier pour le rein, il faut *à défaut de phénomènes locaux suffisamment nets* qui font rentrer ces formes de tuberculoses rénales dans la catégorie des pyonéphroses ou des pyélo-néphrites banales, il faut, dis-je, des hématuries rebelles dont la simple cystoscopie peut faire reconnaître l'origine, il faut des accidents infectieux, fièvre, etc.

Telles sont pour moi les seules indications des interventions opératoires dans la tuberculose rénale. Si je mets à part les cas datant de l'époque loiutaine dont je parlais au début, c'est sur ces principes que je règle ma conduite.

Sur l'asepsie.

M. Poirier. — Messieurs, dans la discussion en cours sur l'asepsie opératoire, la désinfection et la stérilisation des mains, notre collègue Quénu a recommandé l'emploi des gants de caoutchouc « pour la dissection ou les recherches de médecine opératoire sur des sujets même injectés ». D'où Rochard a logiquement déduit « que Quénu considérait comme réelle l'infection causée par la manipulation des sujets même injectés ».

L'opinion de Quénu étant acceptée encore, par quelques chirurgiens et nombre de médecins, il importe d'examiner si elle repose sur une base scientifique ou expérimentale, ou bien si, comme je le crois et vais essayer de vous le démontrer, elle n'est que la résultante des inconvénients et des dangers auxquels exposaient autrefois les travaux anatomiques pratiqués alors dans des amphithéâtres sales, sur des sujets infectés.

La question est importante et vaut de nous arrêter un instant, puisque la plupart de nos collaborateurs dans les opérations à l'hôpital ou en ville se livrent quotidiennement aux travaux de dissection ou de médecine opératoire. Il importe aussi que nous soyons renseignés sur le danger ou l'innocuité de ce que nous faisons, lorsque à la veille d'une opération délicate ou à la recherche d'un procédé nouveau ou meilleur, nous allons à l'amphithéâtre faire des répétitions ou des essais.

Eh bien, messieurs, je puis dès l'abord vous rassurer en affirmant de la façon la plus absolue que les dissections et les travaux de médecine opératoire, pratiqués sur les sujets soigneusement injectés de nos amphithéâtres, non seulement sont d'une parfaite

innocuité, mais encore doivent compter au nombre des manipulations que peut se permettre le chirurgien.

Je me doute que cette affirmation va provoquer des sourires ou contracter quelques trapèzes : il y a légende et préjugé sur ce point; des preuves sont nécessaires; je vous les donnerai bonnes, complètes, excellentes; ce qui n'est pas une raison pour qu'elles suffisent à tous.

Lorsque je fus nommé Chef des travaux anatomiques, je voulus savoir si cette fonction constituait une contre-indication à l'œuvre chirurgicale. Pour cela je priai Charrin et d'autres bactériologistes non moins distingués de bien vouloir essayer des cultures avec des liquides prélevés sur les cadavres de l'École Pratique : dix séries d'expériences, portant chaque fois sur deux ou trois sujets, donnèrent constamment des résultats négatifs. Il s'agissait, bien entendu de cadavres injectés.

J'ouvre ici une parenthèse pour dire que les mêmes expériences reprises ces jours derniers par M. Lœper et portant cette fois sur les aérobies et les anaérobies ont donné des résultats identiques, c'est-à-dire négatifs.

Voici la courte note que m'a remise M. Lœper, qui veut bien continuer ses expériences sur ce sujet :

« On a prélevé après cautérisation au fer rouge et au moyen de pipettes stérilisées sur huit cadavres de la sérosité d'œdème. On a choisi les régions les plus œdématiées, la partie interne du coude, le mollet et les fesses. Ces liquides abondamment ensemencés sur gélose, gélatine et bouillon en aérobies, et sur gélose de Veillon en anaérobies n'ont donné aucune colonie.

« Deux tubes anaérobies ont été ensemencés l'un avec le liquide d'une phlyctène superficielle, l'autre avec du liquide d'une escarre verdâtre et fétide. La gélose a été dissociée en vingt-quatre heures et nous avons retrouvé dans chaque le *bacillus perfringens* à l'état de pureté. »

Comme les précédentes, ces expériences prouvent : 1° que les cadavres injectés se conservent et demeurent parfaitement stériles; 2° que les parties dans lesquelles l'injection n'a pas pénétré ne tardent pas à se putréfier et sont d'un maniement dangereux.

Je fus rassuré. Il y aurait hypocrisie à ne pas avouer que je l'étais déjà, ayant fait sur moi-même trop souvent l'expérience de la piqûre anatomique dont on ne s'occupe pas et qui ne s'enflamme jamais. C'est par centaines que l'on peut compter presque chaque jour les piqûres anatomiques dans nos amphithéâtres fréquentés en hiver par un millier d'étudiants; et au cours des dix-sept années que j'ai passées à l'École pratique, je n'ai pas vu une seule de ces piqûres donner lieu à des symptômes de quelque

gravité, à moins qu'elle n'eût été infectée ultérieurement par un autre contact, ce qui peut arriver à toutes les plaies.

Mieux encore : j'ai fait, dans mon laboratoire de l'École, la suture de plaies qui dépassaient les dimensions ordinaires des piqûres anatomiques : et j'ai obtenu toujours la réunion par première intention. Un jour même, surpris en plein travail (j'injectais les lympathiques d'utérus mal conservés) par l'explosion du laboratoire de chimie, j'eus l'occasion de faire extemporanément l'amputation du bras sur un élève dont la main et l'avant-bras avaient été dilacérés pour les débris d'un madras qu'il manipulait. Je fus aidé dans cette opération par mon collègue Schwartz qui était accouru aussi au bruit de l'explosion. Le blessé réunit par première intention.

Combien de fois ai-je quitté mon laboratoire de l'École pratique, alors que j'étais chirurgien du bureau central, pour courir à l'hôpital pratiquer l'une ou l'autre des nombreuses opérations d'urgence pour lesquelles nous sommes journellement appelés. Et jamais, jamais, je n'ai pu relever une complication du fait des travaux de dissection ou de médecine opératoire que j'avais dû interrompre pour faire œuvre chirurgicale.

J'ai eu l'occasion de traiter récemment ce sujet avec le professeur Pinard qui, pendant des années, a poursuivi des recherches relatives au mécanisme de l'accouchement, sur des bassins, à l'École Pratique, dans le laboratoire du professeur Farabeuf, sans interrompre pour cela les délicates fonctions de l'accoucheur, toujours poursuivies avec des résultats égaux et constants.

Mieux encore : le conseil de l'École a délibéré sur le sujet de savoir si les élèves, en cours de travaux de dissection ou de médecine opératoire, pouvaient continuer leur service à l'hôpital, et il a conclu que la fréquentation de nos amphithéâtres d'anatomie ne présentait aucun inconvénient.

Au risque d'être accusé de paradoxe, je dirai qu'elle ne présente que des avantages; disséquer nos sujets saturés de glycérine phéniquée ou de chlorure de zinc équivaut à une macération prolongée des doigts dans une solution antiseptique.

Ce qui est dangereux, vous le savez comme moi, messieurs, c'est la salle d'autopsie ; là, le gant est de rigueur. Ce qu'il faut défendre de la manière la plus formelle, ce sont les exercices de médecine opératoire sur le cadavre frais, non injecté. Le cadavre injecté et baigné est antiseptique.

Relativement à la question du lavage des mains avant l'opération, j'ai continué la façon de faire que je recommandais, il y a deux ans, lors de notre dernière discussion sur ce sujet. Je me salis les mains le moins possible, réservant cependant l'usage des

gants aux cas rares d'opérations infectieuses dans lesquelles la main peut être réduite à un instrument grossier, comme dans l'évidement d'un os atteint d'ostéomyélite. Toutes les fois que l'opération est délicate, quand, par exemple, il faut manœuvrer au contact de l'intestin ou disséquer à une certaine profondeur, je ne mets point de gants. C'est ainsi que je n'en mets jamais pour opérer l'appendicite, car je continue plus que jamais de penser qu'il ne faut pas se borner à ouvrir les abcès péri-appendiculaires, mais qu'il faut enlever l'appendice : plus que jamais j'opère *le plus tôt possible dans tous les cas* et *jusqu'au bout.*

On l'a dit avec raison : le gant diminue la sensibilité et l'habileté de la main.

J'ai conservé l'habitude que je préconisais de faire suer les mains dans des gants de caoutchouc quand elle ont subi quelque contact infectieux, et j'attache la même importance qu'autrefois à cette pratique.

Comme autrefois, je continue de *relaver* moi-même le lieu de l'opération à l'éther, puis à l'alcool, parce que, ce faisant, j'achève la préparation de mon sujet et de mes mains.

Eufin, pour terminer avec le point actuellement discuté, je fais comme vous tous ; je commence par les opérations dites aseptiques. Mais, si j'étais forcé par les circonstances d'ouvrir un ventre après quelque besogne infectante, je le ferais en parfait repos de conscience, persuadé qu'il est possible de se désinfecter les mains.

M. Picqué. — Je désire ajouter tout d'abord un mot à la communication de mon collègue Poirier et qui vient à l'appui des idées qu'il a émises.

Le Dr Burkhard, de Stuttgard, qui se trouvait récemment dans mon service et qui était au courant de notre discussion, me citait son beau-frère, chirurgien à Kiel et successeur d'Esmarch, qui fait son cours de médecine opératoire de 7 à 9 heures du matin et qui, aussitôt après, pratique à l'hôpital ses opérations sans aucun inconvénient.

J'ai écouté avec le plus grand intérêt la communication de notre collègue Quénu et j'accepte la plupart des conclusions auxquelles il est amené. Je crois comme lui que la désinfection des mains constitue un facteur des plus importants dans l'asepsie opératoire, et ce n'est pas sans surprise que j'ai entendu soutenir que cette désinfection était facile (M. Delbet vient dans une remarquable communication de nous montrer qu'elle était possible, et cela d'une façon mathématique), et qu'on pouvait sans danger faire des opérations aseptiques après avoir touché des foyers putrides.

Pour ma part, j'évite, comme la plupart de nos collègues, de pratiquer des laparotomies dans ces conditions, et récemment encore, j'ai dû plusieurs fois m'abstenir d'opérations de ce genre, me trouvant dans l'obligation de faire moi-même en ville un pansement très septique. |Malgré l'assurance que nous a donnée notre collègue Bazy, malgré ses expériences très bien conduites à la vérité, mais qui ne portent que sur des lapins, je ne me crois pas en droit de transiger avec cette règle de première prudence, et je ne me pardonnerais pas un insuccès survenu dans ces conditions.

On doit tenir compte plus qu'il ne l'a fait, de la résistance individuelle à l'invasion microbienne.

Je pourrais lui citer un fait en opposition avec le sien et tiré de ma pratique des asiles. Il s'agit d'un aliéné auquel je pratique la cure radicale d'un hydrocèle : chaque jour, le malade enlève son pansement et « barbouille » ma ligne de sutures de matières fécales.

La réunion immédiate a été obtenue. Je ne puis évidemment conclure qu'une chose : c'est la résistance de mon malade à l'infection et rien de plus; avec un autre, j'aurais eu un échec. Qui sait si, avec d'autres malades, notre collègue n'aurait pas eu lui-même un désastre dans les conditions où il s'était volontairement placé. Ce point, ce me semble, n'a pas besoin d'être plus longtemps discuté, et nous avons tous raison de multiplier les précautions, relativement à l'infection de nos mains.

Mais la question a besoin, selon moi, d'être élargie. Un fait qui m'a toujours frappé est le suivant :

En ville, toutes nos plaies réunissent sans exception par première intention. Pourquoi n'en est-il pas constamment de même à l'hôpital? Pourquoi voyons-nous de temps à autre un fil suppurer?

Cela tient évidemment à l'organisation très défectueuse de nos services d'hôpitaux, organisation qui ne répond plus aux exigences actuelles de la chirurgie.

Si notre collègue Quénu a la bonne fortune de diriger à l'hôpital Cochin un service parfait qu'il lui a été donné d'organiser lui-même et qui lui fait honneur, nombre de nos collègues ne pourraient en dire autant. Il faut avoir le courage de le dire et sans critiquer personne : nous devons avouer que nous sommes, pour la plupart, mal outillés pour la lutte contre l'infection.

Du côté des constructions hospitalières, que de réformes à faire!

Dans mon service de l'hôpital Bichat, qui a passé pendant longtemps comme un modèle, la disposition du pavillon est telle que la salle d'opérations *aseptiques* sert de lieu de passage pour les

familles et aussi pour les filles de service. Toute la cuisine et les objets malpropres qui servent aux malades y passent. C'est à n'y pas croire, et cependant un de nos collègues distingués, qui voulait prendre le service, avait été frappé de ce fait qui dure depuis vingt ans, et presque obtenu de l'administration la construction d'une passerelle pour éviter ce passage dangereux.

Dans cette même salle d'opérations, il n'existe pas d'eau stérilisée et on y reçoit à pleines mains, au moment des opérations et selon le bon plaisir des ingénieurs, l'eau de Seine ou l'eau de source non stérilisée. Il existe, pour la forme, un chauffe-bains où l'eau n'a *jamais* été stérilisée et une bougie *unique* de Chamberland qui conduit à un réservoir de dix litres!! avec un robinet placé hors la portée de la main!!

Et dans le même service, comme en beaucoup d'autres, il n'y a pas de séparation entre les malades infectés et les autres. Sous prétexte qu'il n'existe pas de maternité dans le quartier, on encombre le service de femmes qui viennent de faire des fausses couches et qui sont infectées, exposant ainsi nos opérées au contage du streptocoque, c'est-à-dire à l'érysipèle.

Je ne veux pas prolonger davantage cette sombre description, mais je crois en avoir dit assez d'un service qui a été considéré pendant longtemps comme modèle pour vous convaincre que le moment est venu d'étudier cette question de la défense de nos services contre l'infection, comme jadis a été étudiée au même point de vue la question des maternités à l'Académie de médecine et à la Société de chirurgie par Léon Le Fort.

Certes, nous pouvons et nous devons faire beaucoup individuellement. Pour ma part, m'inspirant des préceptes qui ont servi de guide à M. Terrier durant toute sa carrière, je me suis appliqué à améliorer certains points de son service, et je suis arrivé à des résultats qu'il apprendra, j'en suis sûr, avec plaisir, puisqu'ils dérivent directement de son enseignement et des idées auxquelles il a attaché son nom. Je les publierai d'ailleurs en totalité pour déférer au vœu qu'il a exprimé à la fin de sa statistique publiée par lui les 17 et 24 mars dernier dans le *Progrès médical*. J'ai été, en effet, vivement frappé d'un fait. Entre ses mains si habiles, le chiffre de la mortalité l'an dernier, était de 17 morts sur 120 laparotomies pour la gynécologie seulement, chiffre réellement énorme. Pour la chirurgie abdominale, elle est encore beaucoup plus élevée (voir *Progrès médical*). Quand je suis arrivé à Bichat, le service se trouvait privé de tout son personnel (internes et infirmiers) et de tous les appareils à stérilisation (autoclave et étuves). Je dus me borner aux opérations les plus urgentes et les plus graves, renvoyant systématiquement celles qui pouvaient attendre. Ma statis-

tique ne fut pas brillante. Sur 16 opérations abdominales, j'ai eu 5 morts opératoires, chiffre évidemment considérable. Depuis le 1er mars, époque du changement de service, j'ai pu avoir mon personnel secondaire et mes appareils à stérilisation et je me suis appliqué à diriger moi-même la stérilisation de mon matériel.

Les résultats obtenus sont encore peu nombreux mais très encouraragеants.

J'ai eu 19 opérations gynécologiques depuis le 1er mars, *sans un seul décès*, parmi lesquelles 5 fibromes utérins, 8 pyosalpinx, 3 salpingites, une grossesse extra-utérine, 1 kyste du ligament et un hydrosalpinx.

J'ai eu de plus 15 opérations abdominales.

Les succès portent sur 2 extirpations de vésicule biliaire, 3 appendicites à froid, une tumeur de l'épiploon, une laparotomie exploratrice pour cancer du péritoine, une péritonite tuberculeuse, un coup de couteau de l'abdomen, avec plaie de l'estomac, un kyste hydatique, une néphrotomie pour hydronéphrose infectée, en tout 12 guérisons ; 2 malades entrées dans le service pour péritonites généralisées, et opérées d'urgence par mes assistants ont succombé; de même, une malade atteinte de kyste hydatique et d'épanchement pleural entrée avec cyanose et hypothermie a également succombé.

En résumé, 31 malades ont subi des opérations abdominales graves *sans un seul décès*, depuis le 1er mars dans mon nouveau service; 3 malades opérées d'urgence ont succombé.

En y ajoutant même les 5 décès opératoires chez les malades opérés à l'époque où le service n'était pas organisé, j'arrive depuis le 25 décembre au chiffre total de 47 opérations avec 5 décès.

Il est donc certain qu'en suivant les excellents préceptes de M. Terrier, on peut arriver à de bons résultats.

Je crois néanmoins qu'il serait bon que la Société de chirurgie mit à l'étude la question des réformes de toute nature à affecter à l'organisation des services hospitaliers pour les mettre à la hauteur des exigences de notre chirurgie actuelle. A cet égard j'ai fait des études spéciales que je soumettrai prochainement à l'appréciation de mes collègues. J'ai pu en effet, grâce aux libéralités du conseil général et à l'esprit éclairé de l'administration préfectorale, faire construire d'après les documents recueillis par moi au cours de nombreux voyages à l'étranger, et aussi d'après des études personnelles, un important service de chirurgie à l'asile clinique, service dont la maquette se trouve dès à présent à l'Exposition dans le pavillon de la ville de Paris.

Pour répondre au vœu de l'administration, je me suis efforcé de

faire un service où le chirurgien aura à sa disposition tout un système de défense efficace contre l'infection.

C'est justement, messieurs, parce que je me suis occupé depuis plusieurs années de la solution de ce problème que je me suis permis de transformer devant vous, en l'élargissant, la question qui nous a été soumise par notre collègue Quénu, et que je vous demande en terminant de nommer une commission chargée de l'étude des réformes à proposer à l'administration, au moment même où le conseil général se propose de remanier de fond en comble le domaine hospitalier, en dotant la ville de Paris d'hôpitaux dignes de notre pays.

Présentation de malades.

Résection de l'humérus gauche en totalité, datant de douze ans.

M. Guinard. — Je crois intéressant de présenter à la Société un malade âgé de soixante et un ans, à qui M. Polaillon a fait, il y a douze ans, une résection totale de l'humérus gauche. Ce malade avait reçu à Magenta, le 24 juin 1859, une balle qui avait traversé le bras gauche d'avant en arrière en fracturant l'humérus en son milieu.

Un chirurgien italien avait enlevé quelques esquilles, et, malgré une paralysie radiale notable, les fonctions du membre s'étaient peu à peu rétablies. En 1870, un phlegmon du bras survint à la suite d'une chute sur le coude : il fut ouvert par M. Labbé.

Enfin en 1888, à la suite d'une chute de voiture, un nouveau phlegmon apparut, et M. Polaillon, à la Pitié, après avoir constaté qu'un grattage était insuffisant, proposa la désarticulation de l'épaule. Le malade refusa obstinément toute opération radicale et quitta l'hôpital. Chez lui, en soulevant un objet, il se fit quelques jours après une fracture spontanée de la diaphyse humérale ; il rentra alors à la Pitié où M. Polaillon pratiqua d'abord l'extirpation du fragment supérieur avec la tête humérale, et trois mois plus tard, l'extirpation de l'extrémité inférieure de l'humérus. Toute fistule disparut alors et le malade sortit guéri de l'hôpital. Il m'a paru intéressant de montrer à la Société ce que peuvent être les fonctions d'un membre supérieur privé d'humérus. Comme on peut le voir, cet homme qui est employé à la Ville, est vigoureux et bien musclé. Il contracte violemment ses muscles du bras, et l'avant-bras peut alors prendre un point d'appui suffi-

samment solide sur ces muscles raccourcis. La rigidité musculaire, par contraction violente, remplace la rigidité osseuse. Quand le malade veut se servir de son avant-bras, il contracte ses muscles du bras et ce bras se raccourcit comme un accordéon ouvert qu'on ferme. Il diminue environ de la moitié de sa longueur.

Ce qu'il y a de frappant, c'est que le malade se sert en somme de son membre d'une façon tout à fait inattendue, et il a assurément beaucoup gagné à ce qu'on ne lui fasse pas une désarticulation de l'épaule.

Le fait est à retenir.

Actuellement il s'est produit une nouvelle fistule au niveau d'un foyer ancien ; mais je voulais seulement attirer l'attention de la Société sur l'heureux résultat fonctionnel de l'opération bizarre qui a consisté à enlever l'humérus en totalité sans toucher aux parties molles.

M. Reclus. — Je connaissais déjà cette méthode qui a donné des résultats excellents, et j'ai souvenir d'un fait publié autrefois par Heurtaux, d'ostéomyélite de l'extrémité supérieure de l'humérus traitée par la résection de la moitié de l'os. Ce malade a pu continuer après l'opération à se livrer à un métier des plus fatigants.

M. Pierre Delbet. — Je rapprocherai de l'observation de M. Guinard un cas où j'ai fait la résection de la totalité de l'humérus : j'ai fait la résection en une seule séance pour une ostéomyélite bipolaire extrêmement grave. J'ai réséqué non seulement la diaphyse, mais avec la diaphyse les deux épiphyses, c'est-à-dire la totalité de l'humérus. En d'autres termes, entre l'omoplate en haut, le radius et le cubitus en bas, il ne restait aucune parcelle d'os.

Mais cette opération avait été faite chez un jeune homme et le résultat a été tout différent. L'os s'est reproduit; à la vérité, il ne s'est pas reproduit en totalité. Il s'est formé deux segments, l'un supérieur, l'autre inférieur, qui ne se sont pas réunis. Le malade paraissait avoir une fracture ancienne non consolidée, une pseudarthrose. Je me suis borné à lui faire faire un appareil prothétique avec lequel il se sert parfaitement de son bras.

Volumineux abcès du foie et pleurésie appendiculaire droite chez un jeune homme de quatorze ans et demi; opération de l'empyème, puis résection de l'appendice; guérison.

M. E. Kirmisson. — Messieurs, dans un prochain rapport, je dois m'occuper des complications de l'appendicite, et je serai amené à revenir sur l'histoire du jeune malade que je vous présente aujourd'hui; mais j'ai voulu le soumettre à votre examen avant qu'il ne quittât mon service. Il y est entré le 26 février dernier; il se présentait à nous dans l'état suivant :

En découvrant le malade, on constate l'existence de deux tumeurs volumineuses, occupant la moitié droite du ventre; l'une siégeant dans la région épigastrique et l'hypocondre droit, l'autre dans la fosse iliaque droite et descendant jusqu'au pubis. Ces deux tumeurs sont séparées par une dépression transversale répondant à une ligne passant par l'ombilic. La palpation et la percussion des deux tumeurs sont douloureuses; la fluctuation se transmet nettement de l'une à l'autre.

Il existe en outre une ampliation très marquée du thorax dans sa moitié droite, et l'on constate tous les signes d'un épanchement pleural remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de la clavicule.

Le 27 février, je fais d'abord une ponction exploratrice dans le septième espace intercostal, au niveau du bord postérieur de l'aisselle. Il s'écoule un pus infect, rappelant absolument l'odeur du pus d'origine appendiculaire. Dès lors, nous pratiquons immédiatement l'empyème, en faisant une résection de la huitième côte; le pus qui s'écoule est verdâtre, d'odeur infecte. Il en sort ainsi plus de trois litres, et, à notre grand étonnement, les deux tumeurs abdominales s'affaissent complètement, en même temps que se vide la cavité pleurale. Deux gros drains adossés en canon de fusil double sont introduits dans l'ouverture thoracique.

Tout ce qui s'était passé nous conduisait à admettre l'existence d'une pleurésie d'origine appendiculaire; l'histoire de la maladie, que nous pûmes reconstituer ultérieurement, vint confirmer ce diagnostic. L'enfant était malade depuis le 5 février, c'est-à-dire depuis trois semaines, et il avait présenté tout d'abord des phénomènes gastro-intestinaux, douleurs de ventre, vomissements. Ce n'est que vers le 15 février que se sont manifestés la gêne respiratoire et l'essoufflement, traduisant l'envahissement de la plèvre.

Tout d'abord l'opération de l'empyème donna un résultat satisfaisant, mais bientôt la température s'éleva de nouveau; en même temps l'enfant présenta de la rétention d'urine qui nous

obligea à le sonder. La vessie évacuée, nous constations encore la présence d'une tuméfaction très nette dans la région hypogastrique. Dès lors, nous craignions qu'il n'y eût là une collection purulente se vidant mal. En effet, l'ouverture créée par l'opération de l'empyème avait le grave inconvénient de se trouver mal placée, à la partie supérieure de la vaste collection purulente, et, par conséquent, d'une manière très défavorable à l'écoulement du pus. Aussi, le jeudi 15 mars, après avoir eu soin d'évacuer la vessie, qui renfermait une très grande quantité d'urine, je vais à la recherche de l'appendice, en pratiquant une incision sur le bord externe du muscle grand droit de l'abdomen; après avoir traversé des adhérences, nous arrivons sur le cœcum, et, dans le foyer inflammatoire, nous rencontrons encore une petite quantité de pus. L'appendice, très court, est reconnu au côté externe du cæcum, il est relié à la paroi postérieure de l'abdomen par des adhérences qui sont détachées, puis il est réséqué après ligature de sa base à l'aide d'un fil de catgut; la réunion de la partie inférieure de la plaie est faite; la partie supérieure est laissée ouverte pour le passage d'un drain.

Pendant longtemps notre petit malade est resté dans un état des plus précaires; l'émaciation était extrême, l'enfant avait presque constamment de la fièvre, il eut même pendant un certain temps de la diarrhée. En dépit des grands lavages de la plèvre, le liquide s'écoulant du thorax avait toujours une odeur infecte, et même, pendant un certain temps, le malade a présenté une fétidité particulière de l'haleine et une oppression au moment des lavages, qui nous ont fait admettre qu'il y avait communication avec les bronches.

Grâce aux injections de sérum et à des pansements soigneusement faits par mes internes et par moi, nous avons eu cependant le bonheur de sauver ce malade. J'ai la satisfaction de vous le présenter aujourd'hui complètement guéri. Depuis le 23 avril, la plaie abdominale est entièrement cicatrisée; quant à l'ouverture de l'empyème, elle est fermée depuis trois semaines environ; le seul point qui laisse à désirer, c'est une petite éventration qui s'est produite au niveau du passage du drain abdominal et qui nécessitera une réparation ultérieure.

Kyste hydatique du foie traité par la méthode de Delbet. Guérison rapide.

M. Routier. — Mme M..., âgée de trente-neuf ans, toujours bien portante malgré un embonpoint qui touche à l'obésité, a ressenti des douleurs dans le ventre un peu au-dessous de la région du foie, il y a un an environ.

Depuis quinze jours ces douleurs sont devenues continues et intolérables; elle ne peut plus s'habiller, le contact du vêtement est insupportable, et, quand je veux l'examiner, j'éprouve les plus grandes difficultés; la palpation est extrêmement douloureuse, c'est avec grand'peine que j'arrive à me convaincre de l'existence d'une tuméfaction hépatique dans la région de la vésicule; j'y perçois enfin de la fluctuation.

Je diagnostique un kyste hydatique; elle m'est amenée du reste par une parente dans la famille de laquelle j'ai opéré trois kystes hydatiques.

Cette douleur, exquise, exagérée, jointe à une légère ascension thermométrique, 38 degrés, me faisait craindre une suppuration; malgré cela je priai mon ami Delbet de venir me montrer la technique exacte de son procédé, que j'avais essayé d'appliquer sur un très mauvais cas, avec un demi-succès; c'est-à-dire avec suppuration, sans fistule biliaire cependant.

Le 17 mai, nous avons donc opéré Mme M...; j'ai pratiqué la laparotomie sur le point le plus saillant, à travers le muscle droit, parallèlement à la direction de ses fibres.

Il y avait de la péritonite.

Le kyste était adhérent à la paroi et fut ouvert inopinément; il sortit une grosse vésicule transparente et du liquide clair.

J'enlevai la membrane adventice, la cavité fut soigneusement asséchée, et je pratiquai un mauvais surjet au catgut sur les bords de la cavité, qui se déchiraient sous la pression du fil. La surface péritonéale du foie était couverte de plaques verdâtres, la paroi abdominale aussi.

Sans l'intervention de mon ami Delbet, j'aurais eu la faiblesse de drainer. Sur son conseil, je fermai la paroi par une suture complète. Dès le lendemain soir, la malade avait 37 degrés qu'elle n'aurait sans doute pas quittés sans une congestion pulmonaire qui nous a donné des ascensions à 39 degrés; malgré cela, j'ai enlevé les fils de suture le onzième jour, et je vous présente la malade vingt jours après son opération, parfaitement guérie.

Traitement du varicocèle par le procédé de Narath.

M. Loison. — On peut considérer comme triple le but que cherchent en général à atteindre les chirurgiens par les différents procédés de traitement opératoire du varicocèle :

a) Supprimer les tiraillements et les douleurs qui se produisent dans le cordon ;

b) Conserver au testicule son volume et sa fonction ;

c) Rendre autant que possible au scrotum sa forme normale.

Les nombreux procédés opératoires employés pour réaliser ces *desiderata* appartiennent à deux grandes méthodes. Dans l'une on se propose de remonter le testicule, soit en faisant une résection bilatérale du scrotum, soit en le suspendant aux bords de l'orifice inguinal superficiel, au moyen de sa vaginale incisée et retournée suivant le procédé de Parona. Dans l'autre, au contraire, on s'occupe peu ou pas du sac scrotal, et l'on agit exclusivement sur les veines dilatées que l'on oblitère par la ligature simple ou combinée à l'excision du segment vasculaire placé entre les fils.

Nous avons employé un certain nombre de fois, avec plus ou moins de succès, les procédés de l'une et de l'autre méthode, marquant cependant toujours une certaine prédilection pour ceux qui s'attaquent directement aux veines, et depuis que nous avons eu connaissance de la manière de faire de Narath, nous l'avons adoptée à peu près exclusivement et pensons qu'elle mérite la préférence.

La description du procédé de Narath n'est pas longue à faire ; il suffit de dire que c'est exactement le manuel opératoire conseillé par Bassini pour le traitement des hernies inguinales, avec cette différence qu'au lieu de chercher, au milieu des éléments du cordon, un sac péritonéal pour l'isoler, le lier et le réséquer, c'est un, quelquefois deux ou trois gros troncs veineux que l'on va étreindre entre deux ligatures, puis exciser sur une longueur de quatre à huit centimètres.

Les avantages du procédé sont longuement indiqués par le travail de Narath (1) ; nous ne voulons énumérer que les principaux :

1° On évite sûrement ainsi la section de l'artère spermatique, qui entraînerait, au dire de certains auteurs, l'atrophie ou la nécrose du testicule ;

2° On interrompt la continuité de toute la longue colonne veineuse spermatique ;

3° En rétrécissant le trajet inguinal et ses orifices, on diminue

(1) *Wiener klinische Wochenschrift*, 25 janvier 1900, p. 73.

l'influence de la pression abdominale sur la distension des veines du testicule ;

4e On peut traiter simultanément une pointe de hernie inguinale concomitante, et l'on prévient la descente ultérieure possible d'une hernie dans le trajet inguinal traité à la Bassini.

Jusqu'à ce jour, j'ai pu opérer, grâce à l'obligeance de M. Nimier, sept malades de son service par le procédé de Narath.

Je n'ai pas revu mon premier opéré. Chez le second, que j'ai l'honneur de présenter à la Société, l'intervention date du 6 février dernier. Vous pouvez juger par vous-mêmes du résultat qui me semble suffisant.

Un seul de mes malades offrait, en même temps que son varicocèle, une hernie inguinale que j'ai opérée simultanément ; chez lui le varicocèle avait récidivé, après une opération de résection veineuse, à la sortie du trajet inguinal, pratiquée quelques mois auparavant ; il est encore en cours de traitement. Celui que je présente avait aussi une pointe de hernie.

Dans cinq cas, j'ai réséqué seulement la veine spermatique interne dont les parois étaient fortement épaissies et dont le calibre atteignait parfois presque celui de l'artère humérale ; dans les deux autres cas l'excision a porté sur deux branches de la spermatique interne et sur le rameau le plus dilaté de la spermatique externe.

Chez tous mes opérés la réunion eut lieu par première intention. J'enlevais les fils de suture cutanée le sixième jour, et le malade commençait à se lever à partir du dixième ou du douzième jour

Seul, mon dernier opéré, celui qui avait une récidive de varicocèle et une hernie, a présenté au quinzième jour, de la réaction au niveau de sa cicatrice et a éliminé deux fils de soie profonds ; il a encore actuellement un petit trajet fistuleux entretenu probablement par un nouveau fil non toléré.

Lorsqu'il n'y a pas d'infection, les suites de l'opération sont simples ; il survient parfois, dans les premiers jours, un peu d'œdème du scrotum, mais rapidement la circulation veineuse se rétablit par des voies collatérales et toute infiltration disparaît.

Dans ce procédé on ne touche pas à la peau des bourses ; après la suppression du varicocèle, elles se rétractent spontanément et reviennent progressivement à leurs dimensions à peu près normales.

Les douleurs et les tiraillements dans le cordon disparaissent également à la suite de l'intervention.

Le testicule ne s'atrophie pas.

En résumé, le procédé est d'exécution facile pour qui sait traiter une hernie ; les suites de l'opération sont bénignes et le résultat éloigné semble bon.

M. Poirier. — Les veines du cordon présentent au-dessous du canal inguinal des anastomoses autrefois décrites par M. Perier, et qui me font douter du succès définitif de l'opération, telle que vient de la décrire M. Loison. D'autre part, l'ouverture du canal inguinal n'est peut-être pas sans inconvenients, car un canal inguinal reparé ne vaudra jamais un canal inguinal intact.

M. Reclus. — Je comprends le procédé employé par M. Loison, si l'on veut du même coup faire la cure radicale d'une hernie et d'un varicocèle, quoique, pour ma part, dans plusieurs circonstances, je n'ai pas résolu le problème de la même façon que lui. Sur des malades, porteurs à la fois de hernies inguinales et de varicocèles, j'ai fait d'abord la cure radicale de la hernie, puis, par une deuxième opération, j'ai traité le varicocèle en réséquant le scrotum. Je suis de plus en plus partisan de cette résection du scrotum. Depuis sept ou huit ans, elle m'a toujours suffi pour les cas qui se sont présentés à mon observation, et je n'ai pas trouvé une seule fois l'occasion de réséquer les veines.

M. Berger. — Je considère moi aussi la résection du scrotum comme l'opération de choix ; j'ai cependant réséqué une fois, dans le canal inguinal, une veine spermatique grosse comme le doigt et qui pouvait en imposer pour une hernie ; mais, après avoir refermé le canal, j'ai complété l'opération par la résection du scrotum. La résection intra-inguinale des veines ne me paraît donc applicable qu'à des cas exceptionnels.

M. Lucas-Championnière. — L'opération pratiquée par M. Loison, et qui nous revient de l'étranger est loin d'être nouvelle. Le principe m'appartient ; dans ma première opération de cure radicale de hernie, que j'ai pratiquée en 1881, et qui a été publiée, je préconise cette opération pour le varicocèle concomitant. Je n'en considère pas moins cette opération comme mauvaise. D'une façon générale, je réprouve le traitement du varicocèle par la résection des veines, opération que j'ai faite dès 1875. Les récidives sont presque fatales. Au contraire, quand la peau seule est réséquée et réséquée très largement, la guérison définitive est pour ainsi dire la règle. Cette résection est la meilleure des opérations pour le varicocèle. Quant à l'opéré de M. Loison, je crains bien qu'il n'y ait une récidive et qu'il ne faille en venir enfin de compte à la résection du scrotum.

M. Routier. — Je partage absolument la manière de voir de

M. Lucas-Championnière. Cependant, il m'est arrivé dans quelques cas rares de varicocèle coexistant avec une hernie de réséquer les veines, mais en faisant simplement remonter le testicule et en attaquant les veines du cordon par l'incision même qui venait de servir à la cure de la hernie; mais il est bien entendu que, moi aussi, je considère la résection large du scrotum comme l'opération de choix.

M. Delorme. — J'ai plusieurs fois eu à réséquer de grosses veines funiculaires variqueuses chez des malades atteints simultanément de varicocèle et de hernie; les veines ont été réséquées au-dessous de l'orifice inguinal externe et le résultat a été bon. Je crois ce procédé simple, très banal, aussi bon que le procédé spécial dont il vient d'être question.

Plaie pénétrante de l'abdomen.

M. Auvray présente un malade atteint de plaie pénétrante de l'abdomen ayant passé par le diaphragme. (Renvoyé à une commission; M. Rochard, rapporteur.)

Trépanation pour traumatisme du crâne.

M. Peyrot. — Je vous présente, au nom de M. Souligoux et au mien, une série de malades ayant subi la trépanation pour des lésions traumatiques du crâne.

1. *Trépanation de la région frontale droite et ouverture d'un hématome du lobe frontal* (Peyrot).

Un malade âgé de soixante-cinq ans, entré le 7 mai, salle Nélaton, et qui, à la suite d'une chute, est amené délirant. Il présente une plaie de la région frontale droite, au fond de laquelle on aperçoit un trait de fracture. La trépanation pratiquée, la dure-mère se présente recouverte de petits caillots sanguins; ceux-ci étant enlevés, on voit de nouveaux caillots sortir de l'épaisseur même du cerveau par une ouverture que présente l'extrémité antérieure du lobe frontal. Avec une curette, on amène de l'intérieur même de ce lobe un caillot dont le volume dépasse une grosse noix. Guérison sans incident.

2. *Trépanation dans la région pariétale postérieure pour l'extraction d'un projectile* (Peyrot).

Un jeune homme reçut une balle qui pénétra à travers la paupière inférieure droite, blessant le nerf optique et le nerf de la troisième paire. Une douleur très nette était perçue par le malade à la partie pariétale postérieure, au-dessus de la bosse occipitale. Une épreuve radiographique montrait le projectile placé en arrière contre le crâne. Le malade était dans un demi-coma. Température à 40 degrés. Une trépanation pratiquée à la partie la plus postérieure du pariétal permit de retrouver la balle. Guérison.

3. *Ablation d'esquilles osseuses, comprenant une partie des lames horizontales et verticales du frontal droit ainsi qu'une partie de l'os malaire* (Souligoux).

Ce sujet, âgé de douze ans, avait été serré entre un mur et une voiture. Opéré d'urgence dans un demi-coma. Il était porteur d'une plaie de la région frontale gauche avec enfoncement manifeste. Les parties osseuses enfoncées sont enlevées, la partie antérieure du lobe frontal est dilacérée. Guérison.

4. *Trépanation pour enfoncement du crâne et abcès sous-cutané et cérébral* (Souligoux).

Il s'agissait d'un enfant de cinq ans, ayant reçu un coup de brancard sur la tête au niveau de la zone rolandique droite et qui fut vu avec une hémiplégie gauche. On trouva un abcès sous-cutané et cérébral qui fut nettoyé et drainé après agrandissement de la perforation cranienne. Après l'opération, tous les symptôme disparurent. Guérison.

5. *Trépanation pour enfoncement du crâne et méningite commençante* (Souligoux).

Il s'agit d'un homme de vingt-cinq ans qui présentait une plaie de la région frontale gauche, avec demi-coma et température de 39°2.

La trépanation montra un enfoncement du frontal, dont les esquilles furent enlevées et, au-dessous, un peu de pus sous la dure-mère, qui fut incisée et le foyer drainé. Guérison.

6. *Trépanation pour perforation du crâne et abcès du lobe frontal droit* (Souligoux).

Il s'agit d'un jeune homme de quinze ans, qui avait reçu sur la tête, d'une hauteur de 3 mètres, l'instrument à aiguiser les couteaux de boucher, vulgairement appelé fusil.

Il existait un abcès au point frappé, et un stylet conduisait dans un trajet intra-cérébral de 4 centimètres de profondeur. Il se produisait, à la moindre pression, des phénomènes convulsifs. L'incision fait reconnaître la perforation, qui est élargie ; le foyer cérébral est nettoyé, drainé. Guérison.

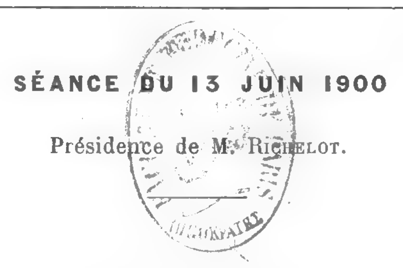
7. *Trépanation d'urgence pour un enfoncement de la région frontale droite* (Souligoux).

Cet homme, âgé de ving-cinq ans, avait reçu un coup de volant de machine ; amené dans le service en plein coma, la trépanation montre l'enfoncement du frontal et une dilacération complète du lobe frontal. Mort.

Le Secrétaire annuel,

AD. JALAGUIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 13 JUIN 1900

Présidence de M. RICHELOT.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Un travail important sur les suppurations pelviennes chez la femme intitulé : *Étude clinique des indications et des modes opératoires*, que l'auteur, M. le Dr VAN ENGELEN, offre à la Société de Chirurgie ;

3° Un travail de M. le Dr SCHMID (de Nice), intitulé : *Anévrisme poplité. Extirpation. Guérison.* — Ce travail est renvoyé à une Commission : M. CH. MONOD, rapporteur.

Communications.

Sur un procédé nouveau de rhinoplastie,

par M. CH. NÉLATON.

Messieurs, Je désire vous parler d'un procédé de rhinoplastie que j'ai récemment employé et qui me paraît appelé à donner des résultats satisfaisants.

La plupart des méthodes exécutées jusqu'ici, la méthode indienne,

la méthode italienne et la méthode française par glissement, restent insuffisantes lorsque le squelette nasal est largement détruit, et M. Reclus, appréciant en pareil cas les résultats de ces méthodes, a pu dire, rappelant les paroles de Letiévant au Congrès de Paris de 1878 :

« Vainement on a fait appel aux lambeaux les plus puissamment doublés, vainement on a cherché à les reconstruire avec de petites lamelles osseuses artistement découpées et soutenues par un périoste plein d'espérances. Tous les nez se sont écroulés. »

M. Poncet, au Congrès de Nancy, en 1886, après avoir, lui aussi, constaté l'insuffisance des différentes méthodes disait :

« Le problème est donc tout entier celui-ci : trouver une cloison, des os propres, en un mot un support suffisamment solide et résistant. »

Désespérant de trouver un support naturel, M. Poncet, à la suite de Letiévant avait employé un appareil prothétique. C'est ce procédé qui est encore aujourd'hui préconisé par M. Reclus ; c'est lui que M. Berger a employé récemment sur un malade qu'il a montré à l'Académie.

On a aussi cherché à emprunter ce support à la greffe animale, mais un des derniers essais faits par M. Ricard ne semble pas, au dire même de son auteur, avoir tenu ses promesses ; le nez, d'abord saillant, s'est ensuite affaissé.

Il est cependant certain que la méthode qui consiste à implanter dans les chairs un support métallique, la plus en faveur aujourd'hui, est aléatoire. La présence de ce support métallique peut être bien tolérée par les parties molles. Mais les exemples contradictoires où un corps étranger peut entraîner des suppurations abondantes et être rejeté existent. De plus, un support métallique toléré pendant quelques années peut ne pas l'être toujours et donner lieu au bout de quelque temps aux accidents tout d'abord évités.

En un mot, je pense que si on peut reproduire tant bien que mal la forme du nez sans introduire de corps étranger dans les parties molles, la chose est préférable.

C'est pourquoi j'ai conçu le procédé que j'ai employé et que je vais vous décrire. Il me paraît plus simple que celui de von Hacker.

Il est applicable toutes les fois qu'il reste une ogive nasale de 7 à 8 millimètres de saillie, ce qui est le cas habituel.

Premier temps. — Un lambeau en fer à cheval est taillé autour du trou béant formé par la destruction du nez. Le chirurgien étant placé à la gauche du malade, commence l'incision sur la joue droite en un point situé à un travers de doigt de l'orifice osseux

de la fosse nasale correspondante, sur une ligne horizontale qui s'étend de l'épine nasale antérieure au lobule de l'oreille.

Elle monte directement en haut en suivant le sillon naso-génien, passe à 6 millimètres en dedans de la caroncule lacrymale et monte sur le sourcil, qu'elle divise à sa racine perpendiculairement à sa direction, puis elle monte sur le front toujours directement en haut, et devient légèrement oblique pour atteindre sur la ligne médiane la racine des cheveux.

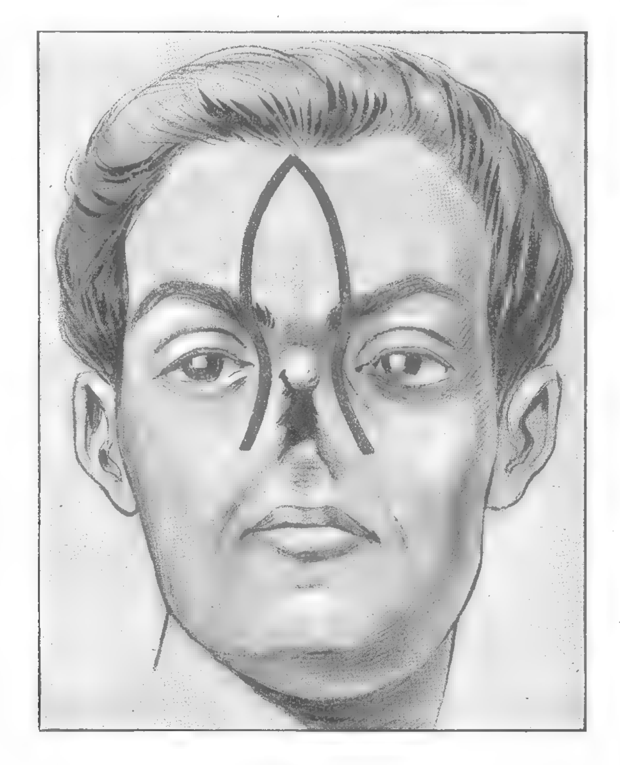


Figure 1.

L'incision commencée en bas du côté droit, se termine à la racine des cheveux. Je crois que l'on fera bien de reprendre aussi l'incision de gauche de bas en haut pour aboutir au même point (fig. 1).

Deuxième temps. — Le lambeau frontal est disséqué au bistouri et séparé de l'os, mais à sa pointe et sur les bords *seulement*, et on a soin de laisser une longue bande médiane de ce lambeau adhérente à l'os depuis sa pointe jusqu'au niveau des sinus frontaux.

A ce moment, un aide retroussant un des côtés disséqués de ce

lambeau, le chirurgien creuse au ciseau et au maillet un sillon qui entame la lame externe du diploé, de bas en haut, depuis le sinus frontal jusque vers la pointe du lambeau, — la même chose est faite du côté opposé.

Alors avec un ciseau plat et mince, le chirurgien s'efforce de décoller cette mince lame externe du diploé de haut en bas en cheminant dans l'épaisseur du diploé.

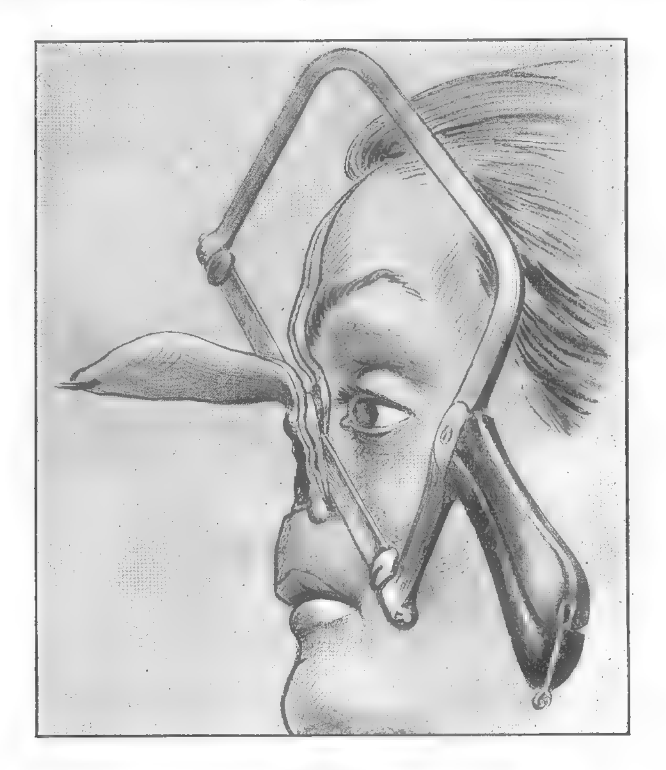


Figure 2.

Arrivé non loin des sinus frontaux, il sépare complètement de l'os cette lame qui adhère au lambeau sur une longueur de 3 centimètres environ. Puis la dissection est continuée plus bas au bistouri et le squelette correspondant à la racine des os propres du nez apparaît. Ces derniers sont donc mis à nu dans une étendue de 6, 8, 10 millimètres, suivant que l'ogive nasale est plus ou moins conservée.

Troisième temps. — Alors la scie à arbre munie de sa grande lame est engagée. Elle attaque les os propres du nez et divise l'apophyse montante du maxillaire supérieur en se dirigeant légèrement de haut en bas et d'avant en arrière.

La lame suit une ligne qui part de un centimètre en avant de l'épine nasale antérieure et supérieure et se dirige vers la deuxième molaire. Elle s'arrête un peu en dessous du trou maxillaire supérieur à 6 ou 7 millimètres en avant de lui.

La section osseuse se fait facilement si on a eu soin de faire à fond l'incision des parties molles et d'avoir bien mis à découvert le trajet que doit parcourir la scie (fig. 2).

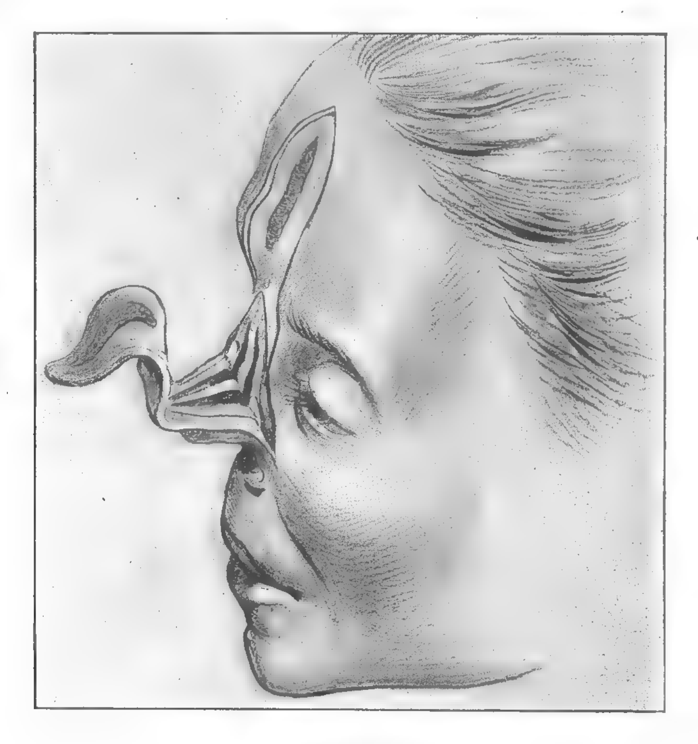


Figure 3.

Quatrième temps. — Arrivé au point précédemment indiqué, la scie est retirée et une gouge coudée, placée de chaque côté dans la plaie, brise la racine de l'apophyse montante. Cette section au ciseau doit être faite timidement; elle doit rester incomplète, et le chirurgien en abaissant le lambeau et l'auvent nasal complète la fracture de façon que cette apophyse montante reste un peu engrénée et adhérente par quelques fibres osseuses au corps du maxillaire (fig. 3).

Cinquième temps. — La pointe du nez formée par le sommet de l'ogive nasale est alors saisie avec une pince et maintenue en position par un aide : le lambeau, suturé sur ses parties latérales

aux bords des incisions géniennes, façonne un nez dont la saillie dorsale est donnée par le copeau osseux détaché du frontal.

Il reste sur le front un espace elliptique que l'on comblera facilement avec des greffes de Thiersch.

Dans une deuxième opération, les narines et le lobule sont fa-



Figure 4.

çonnés ensuite, sans que l'on puisse pour cela donner de règle, le chirurgien devant s'inspirer de la disposition des parties.

M. Galezowski communique l'observation d'un *cysticerque sous-rétinien dans la région de la macula.* — Remis à l'examen d'une commission : M. Brun, rapporteur.

Kystes hydatiques de l'abdomen,

par M. A. MIGNON.

Je vous demande la permission de vous communiquer l'observation d'un malade atteint de kystes hydatiques de l'abdomen.

L'intérêt de l'observation commence dès le premier examen du malade.

C'était un militaire vigoureux, de vingt-quatre ans, qui avait fait deux ans de service sans accident. Il s'est plaint à la fin de février dernier d'une douleur et d'une grosseur dans l'aine droite et a été envoyé à l'hôpital du Val-de-Grâce avec le diagnostic de kyste du cordon spermatique droit. Il portait, en effet, une tumeur scrotale qui avait tous les caractères d'un kyste du cordon.

Mais en examinant l'abdomen, on s'aperçut qu'il existait une saillie de la région hypogastrique, et la palpation permit de délimiter une tumeur du volume d'un utérus gravide de six mois, tumeur médiane, facile à circonscrire et plongeant dans le petit bassin. Par le toucher rectal, on sentait l'extrémité inférieure de la tumeur entre le rectum et la vessie et on reconnaissait une poche à contenu liquide.

Le diagnostic fut d'abord indécis, à cause de quelques autres symptômes concomitants de la tumeur hypogastrique. C'est ainsi qu'on constatait une hypertrophie du foie et des troubles urinaires caractérisés par une polyurie et une pollakyurie aboutissant à une émission de trois litres d'urine par jour.

Mais la fluctuation, la facilité de circonscrire la tumeur, la mobilité transversale de sa partie antérieure, l'impossibilité au contraire de déplacer latéralement sa face profonde, me firent porter le diagnostic de kyste rétropéritonéal fixé au niveau de l'angle sacro-vertébral et plongeant dans le petit bassin.

J'opérai le malade le 25 avril, avec l'assistance de mon collègue et ami, M. Sieur.

L'anesthésie se fit et se continua sans difficulté.

Premier temps. — Laparotomie médiane et sous-ombilicale.

Après l'ouverture du péritoine, la tumeur bombe entre les lèvres de la plaie : elle est lisse, très nettement fluctuante et sillonnée de gros vaisseaux.

Deuxième temps. — Ponction avec un gros trocart. Issue de 1.500 grammes de liquide eau de roche qui assure le diagnostic de kyste hydatique. On reconnaît le cul-de-sac antérieur du péritoine, qui n'est pas éloigné du sommet de la tumeur.

Troisième temps. — Incision transversale du kyste après limitation de la cavité abdominale par des compresses de gaze, et extraction de la membrane germinative qui a une épaisseur de 7 à 8 millimètres. Une dizaine de petites vésicules de la grosseur d'une cerise sortent avec la membrane.

Quand la tumeur est flasque, on ferme la cavité péritonéale par la réunion du péritoine antérieur au péritoine postérieur.

La poche vide est aussi large que le diamètre du détroit supérieur ; elle plonge dans le petit bassin bien au delà des limites du doigt, et une pince de Péan de 0m25 y pénètre tout entière. Elle est immobile et adhérente à l'intestin et à la vessie.

Quatrième temps. — Ecouvillonnage de la poche avec des tampons de gaze sèche, jusqu'à ce que les tampons ne ramènent plus ni parcelle de membrane ni goutte de liquide.

Cinquième temps. — Capitonnage des parois. Je me décide à capitonner la partie accessible des parois antérieure et postérieure de la cavité. J'enfonce les fils aussi loin que possible, mais je sens que je ne peux pas dépasser le détroit supérieur. Je place six points de suture à la soie, prenant encore la précaution de ne pas les faire pénétrer trop profondément pour ne pas blesser l'intestin adhérent à l'adventice.

Sixième temps. — Fermeture à la soie de l'orifice du kyste.

Septième temps. — Sutures des parois abdominales, avec un petit drain entre la paroi antérieure de la tumeur et la vessie.

Je dirai, comme complément de cette description, qu'au cours de l'opération j'ai excisé trois petits kystes gros comme une lentille inclus dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et saillants dans la lèvre gauche de l'incision.

J'avais gardé une mauvaise impression de ce fait qui indiquait une diffusion de l'embryon hexacanthe.

La journée du 25 avril se passe avec calme. La température reste à 36°5 et le pouls à 80. Pas de douleur, pas de vomissement. Dans l'après-midi, abondante émision d'urine (1.300 grammes en une seule fois), et urine tellement claire, tellement semblable au liquide du kyste, que nous l'envoyons à la pharmacie pour savoir si c'est bien réellement de l'urine.

Jeudi 26. — La scène change; le malade présente tout le jour une forte dépression : abattement, yeux excavés, nez froid, voix éteinte, mains froides. Pouls, 130, arythmie; température, 36°5, polyurie.

Notre inquiétude a été grande; nous avons pensé à une infection péritonéale ou à une intoxication de l'organisme par un reste du liquide kystique séjournant dans le fond de la poche.

Injections de sérum (1.000 grammes en deux fois), café et thé alcoolisé.

Vendredi 27. — Amélioration. La température s'est élevée (37 degrés) et le pouls a diminué de fréquence (120). Voix moins cassée, facies plus chaud, plusieurs heures de sommeil, deux litres d'urine.

Jours suivants. — L'euphorie continue. La figure reprend sa gaîté; les yeux s'éclairent. L'appétit commence. Temp., 36 à 37 degrés; pouls, 80 à 100. Purgatif le quatrième jour; deux selles. Pas de douleurs abdominales, toujours de la polyurie (deux litres).

Le 2 mai, la guérison est assurée, c'est-à-dire sept jours après l'opération.

Le 3 mai, réfection du pansement. Les lèvres de la plaie sont réunies ;

ventre souple. Je retire le drain et fais sortir par l'orifice un peu de sang noir.

Le malade se lève le 18 mai. Il se sent bien, a repris l'appétit et le sommeil.

Le 25 mai, il aurait pu quitter l'hôpital, d'autant que le kyste du cordon spermatique avait presque disparu. On ne sentait plus qu'une petite tumeur dure au-dessus du testicule. La diminution de la pression abdominale avait permis au liquide du sac vagino-péritonéal de se résorber.

Mais le foie du malade était hypertrophié, il remontait à un travers de doigt au-dessous du mamelon et descendait à quatre travers de doigt au-dessous des fausses côtes droites. On sentait également une hypertrophie du lobe gauche. Convaincu que le foie contenait un ou plusieurs kystes hydatiques, je ne voulus pas laisser partir mon malade sans le débarrasser de cette autre tumeur et je lui proposai une nouvelle intervention qu'il accepta sans hésitation. L'opération fut fixée au 30 mai.

X... était, ce jour là, calme et en bonne santé générale. Il s'est placé lui-même sur la table d'opération, nous a renouvelé sa confiance et s'est déclaré prêt à l'anesthésie.

A peine la compresse de chloroforme lui eut-elle été présentée que la période d'excitation commença. X... se mit à chanter; puis deux ou trois minutes après, la voix s'arrêta, le malade se raidit; plus de respiration, plus de pouls, une émission d'urine. Il était mort.

J'ai eu beaucoup de regrets de cette mort subite, la première que je déplore dans ma carrière.

Les recherches de l'autopsie ont porté sur trois points :

L'état des kystes hydatiques en évolution.

L'état de la tumeur opérée.

Les lésions du cordon spermatique droit.

1° Y avait-il un seul kyste hydatique du foie ou existait-il dans l'abdomen plusieurs kystes à des degrés d'évolution différents, comme le faisait craindre la présence de trois petites vésicules sous-péritonéales que nous avions découvertes lors de notre opération. Autrement dit, l'intervention nouvelle que nous allions commencer devait-elle être curative ou ne s'attaquait-elle qu'à une seule poche à côté de laquelle auraient existé des tumeurs plus petites susceptibles de se développer à leur tour ?

J'ai procédé à l'examen du lobe droit du foie, comme je l'eusse fait sans l'accident chloroformique : j'ai ouvert l'abdomen par une incision verticale parallèle au bord externe du muscle droit du côté droit, et je suis arrivé sur une première petite poche intrahépatique à peu près vide et grosse à peine comme une orange.

Je défonçai la paroi profonde de cette poche et je pénétrai dans une autre grande cavité, d'où je retirai 1.250 grammes de vésicules de toutes dimensions.

Il y avait peu de liquide, mais il était jaunâtre ; et, fait à noter, la bile suintait des parois de la tumeur quand on les frottait. La cavité une fois vidée avait une forme cylindrique, à grand axe dirigé de bas

en haut et d'avant en arrière; elle était profonde de plus de 20 centimètres, et admettait facilement le poing. Elle occupait tout le lobe droit de la glande et n'était recouverte à droite que par une lamelle de foie excessivement mince. Le capitonnage de cette poche eût été facile.

Lorsque nous avons voulu nous assurer de l'état du lobe gauche du foie, nous avons reconnu qu'il était envahi par les kystes hydatiques. Il représentait une masse plus grosse que le lobe droit physiologique de la glande et formée par des tumeurs multiples, irrégulières, *juxtaposées, intrahépatiques*, et adhérentes à tous les organes voisins, à l'épiploon, à la face inférieure du diaphragme, à la face interne de la rate, et refoulant en bas le côlon transverse. L'estomac était entouré par cette énorme masse et ne laissait plus apercevoir que sa grande courbure au-dessous du bord inférieur de la tumeur. La pièce présentée par M. Lafforgue le 8 juin à la Société anatomique, a paru assez intéressante aux membres de cette Société pour que M. Cornil en demandât le dépôt au musée Dupuytren.

Puis, poursuivant nos recherches, nous avons vu que nous avions affaire à une véritable échinococcose. Deux masses hydatiques du volume d'une pomme étaient implantées dans le diaphragme, faisant saillie à la fois dans le thorax et l'abdomen : fait rare, puisque M. Segond a mis en doute l'existence des kystes hydatiques du diaphragme.

Kyste unique dans la rate.

Petits kystes multiples dans l'épiploon et le mésocôlon transverse.

Dans le thorax : vésicules développées sur le bord inféro-postérieur du poumon droit ; et petite vésicule dans la scissure interlobaire.

Les deux reins présentaient une dilatation du bassinet du volume d'un œuf de poule et distendue encore par l'urine : hydronéphrose bilatérale consécutive à la compression des uretères par la tumeur hydatique du petit bassin.

Rien au péricarde, au cœur et au cerveau.

2° Qu'était devenue la poche du petit bassin que nous avions vidée et suturée le 29 avril ?

Elle était reliée à la paroi antérieure de l'abdomen par un cordon fibreux du volume du pouce, qui allait du milieu de la cicatrice abdominale au sommet de la tumeur et qui nous a paru représenter le trajet de notre drain.

Les parties restantes du kyste hydatique formaient entre la vessie et le rectum une cloison transversale aplatie d'avant en arrière, et émergeant un peu au-dessus du détroit supérieur du petit bassin.

La vessie y adhérait intimement ainsi qu'une partie de l'S iliaque et une lame du grand épiploon, où se trouvaient encore de tout petits kystes. Le rectum était à peu près libre.

Assuré de ne pouvoir mener à bien la dissection de la poche kystique en laissant en place les organes du petit bassin, je pris le parti d'éviscérer tout le contenu du petit bassin et je disséquai sur la table la tumeur hydatique. J'apportai beaucoup de soin à cette opération parce que c'était un fait nouveau pour moi.

Voici ce que j'ai trouvé : une poche flasque, renfermant encore du liquide et ayant extérieurement l'aspect lisse et blanc bleuâtre d'une aponévrose. Quatre vésicules grosses comme un pois y étaient adhérentes. Elle était étranglée, bilobée, en forme de gourde. Sa partie supérieure mesurait 0m07 de diamètre, et sa partie inférieure, 14 centimètres. L'étranglement était évidemment le premier résultat apparent du capitonnage.

La partie supérieure de la poche que j'ouvris d'abord n'avait pas de communication avec l'inférieure. Elle contenait une cuiller à café de liquide un peu jaunâtre.

Ses parois avaient à peu près cinq millimètres d'épaisseur et sa surface interne ressemblait assez bien à une aorte athéromateuse par ses rugosités et ses plaques dures détachables avec l'ongle ou la sonde cannelée.

La cavité de la partie inférieure de la poche était réduite d'un tiers par accolement du tiers gauche de ses parois antérieure et postérieure. La portion restante de la cavité renfermait une quarantaine de grammes de liquide jaune avec de grosses masses de mucus en suspension et une membrane jaune d'or qui avait l'aspect du tissu muqueux, mais qui a présenté à l'histologie la structure de la paroi des vésicules hydatiques. Il y a lieu de croire que cette membrane provenait des débris de la poche auxquels la macération avait donné une consistance muqueuse.

La cavité contenait aussi une portion de membrane germinative de la largeur et de la longueur de deux doigts et une vésicule hydatique de la grosseur d'une cerise qui avait évidemment échappé à notre attention.

A l'endroit où l'adhérence des parois s'était produite, c'est-à-dire dans le tiers inférieur et latéral gauche du kyste, les parois avaient ensemble une épaissur de 12 à 14 millimètres. L'accolement était déjà très intime, et il fallait une forte traction pour les dédoubler. La surface de séparation présentait un aspect fibroïde. Nous avons retrouvé nos fils à suture au milieu du tissu des deux parois. Ils formaient une ligne oblique de bas en haut et du bord gauche au bord droit du kyste. Je les avais donc placés plus bas à gauche qu'à droite, probablement parce que la partie gauche de la tumeur m'avait été plus accessible pendant l'opération, puisque j'étais placé à la droite du malade.

En somme, le fait capital de cet examen était l'accolement du tiers interne de la poche kystique par une simple ligne oblique de sutures.

L'examen bactériologique du contenu de la poche kystique y a révélé la présence de plusieurs espèces microbiennes : le bacterium coli comt mune en quantité dominante; un diplocoque à très gros grains prenanle Gram en quantité notable ; des cocci plus petits, prenant également le Gram, isolés ou en chaînettes de quatre et cinq éléments.

3° La tumeur du scrotum droit fut examinée en dernier lieu. Il existait, comme nous l'avions prévu, un canal vagino-péritonéal qui arrivait à demi-hauteur du cordon, et qui était relié au testicule par deux petites cavités closes, superposées, chacune du volume d'une noisette. La plus élevée était un kyste hydatique avec sa membrane germina-

tive. L'inférieure, à parois épaisses, contenait un liquide sanguinolent sans qu'on puisse trouver trace de membrane germinative. La vaginale était séparée de cette dernière cavité et avait ses caractères normaux.

De cette observation un peu longue, mais intéressante dans tous ses détails, je tirerai deux conclusions qui se rattachent à votre dernière discussion sur les kystes hydatiques.

La première est qu'il existe parfois autour des gros kystes hydatiques de petites vésicules susceptibles d'échapper à l'attention de l'opérateur. J'en avais trouvé trois, pendant l'opération, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, juste sur la tranche de la lèvre gauche de l'incision. J'ai retrouvé, au cours de l'autopsie, quatre vésicules grosses comme un pois dans le tissu cellulaire adjacent au kyste opéré. Il y avait de nombreuses petites vésicules dans l'épiploon et les méso. Ce sont des preuves de la diffusion de l'embryon hexacanthe. Ce sont des semis aptes à un accroissement ultérieur.

Aussi, le développement d'un kyste hydatique après l'ablation chirurgicale d'un premier kyste, n'implique-t-il pas l'idée d'une greffe sur place, et l'hypothèse d'une action directe de l'embryon hexacanthe est-elle tout aussi admissible.

La deuxième conclusion se rapporte au résultat anatomo-pathologique du capitonnage des kystes hydatiques. Ce résultat est vraiment remarquable. Non seulement les parois s'accolent au niveau des parties rapprochées par les fils; mais cet accolement s'étend bien au delà de la ligne de suture. Les six points de suture s'étaient trouvés placés sur une ligne oblique de bas en haut et de gauche à droite, et j'ai trouvé une occlusion du tiers de la cavité kystique.

Dans la portion réunie, les deux parois étaient fusionnées et formaient ensemble un seul plan fibreux dans lequel étaient perdus les fils à suture. Il fallait une forte traction pour dédoubler le plan fibreux; et il est probable que dans la suite ce dédoublement n'eût pas été possible. Ce travail s'est effectué aussi vite que la cicatrisation des parties molles.

Je ne puis malheureusement déduire du fait précédent aucune conclusion sur l'avenir de la portion d'un kyste dont les parois n'ont pu être rapprochées, puisque j'avais laissé au fond de la poche une vésicule et une partie de la membrane germinative qui ont dû entretenir les sécrétions pathologiques.

Mais je puis avancer, non sans réserves, toutefois, car les difficultés se réduisent avec l'habileté des opérateurs, que le bas-fond de certains kystes n'est pas d'un accès facile.

Discussion

A propos de la tuberculose rénale (*suite.*)

M. Tuffier. — Je ne veux pas prolonger ce débat qui ne pourra convaincre personne mais qui menace d'être fastidieux pour tout le monde ; c'est un peu la répétition avec les mêmes arguments de la discussion soulevée à la Société de médecine de Berlin il y a deux ans. Je crois que nous sommes maintenant fixés sur nos opinions respectives, et que le point qui reste litigieux est celui-ci. Doit-on dans *tous les cas* de tuberculose rénale pratiquer le cathétérisme de l'uretère, et hors de là y a-t-il salut possible pour les malades? La réponse me paraît faite par ma statistique même. J'ai pratiqué neuf néphrectomies pour tuberculose, j'ai guéri neuf malades, et mes opérés sont demeurés bien portants. Dans aucun cas je n'ai eu besoin de recourir au sondage urétéral pour assurer mon diagnostic d'unilatéralité des lésions. L'étude méthodique et suivie de la densité de l'urine, de sa composition chimique en urée et en chlorure, du point de congélation de l'urine, la détermination du point Δ, l'élimination du bleu de méthylène, m'ont suffi. Voici un tableau des courbes ainsi obtenues chez un malade pendant 30 jours. Il vous montre que la valeur de l'ancien point Δ n'est qu'approximative car sa courbe est parallèle à celle des autres éléments de l'urine. Pour obtenir la valeur " *mathématique* " (et je tiens à ce terme qui a fait la base du débat) du rein supposé normal, il faut vingt-quatre heures de cathétérisme; en dehors de ce délai, vous n'avez qu'un à peu près de sa valeur biologique; vous pouvez bien constater quelques troubles de l'urine, et non pas ce que vous déclarez demander et obtenir. Or je considère ce cathétérisme permanent comme non exempt de danger; vous ne devez donc y recourir que dans les cas douteux, quand vous êtes à bout de ressources. En matière de pyonéphrose fébrile ou de tuberculose, cette exploration est regardée comme dangereuse par tous les cystoscopistes. Je n'admets pas un instant que l'absence de symptômes consécutifs à cette exploration soit un gage certain de l'absence d'infection. Nous savons tous qu'un cathétérisme septique peut ne provoquer qu'une infection muette pendant longtemps, mais qui n'en n'existe pas moins. Que de malades ont été sondés pour des affections vésicales alors qu'ils étaient aseptiques, qui ont été infectés, et qui n'ont eu de symptômes de cystite que longtemps après! Or si la vessie manifeste ses infections assez bruyamment, il en est autrement de l'uretère, qui pourra rester longtemps infecté avant de provoquer des signes

appréciables d'urétérites. La seule preuve valable de l'innocuité du cathétérisme urétéral est l'asepsie de l'urine sécrétée par un uretère qui a été l'objet d'un ancien cathétérisme permanent. Je ne veux pas du tout discréditer la méthode : je m'en sers, je ne la condamne donc pas ; je veux qu'on en fasse un emploi judicieux et non pas exagéré et je proteste contre le cathétérisme quand même, voilà tout. M. Albarran dit qu'il a aggravé des centaines de maladies vésicales par le cathétérisme ; je partage son opinion ; aussi je crois que le cathétérisme urétéral doit être employé avec d'au- tant plus de circonspection que l'infection ainsi provoquée pourrait être plus grave.

J'en arrive à la critique des trois faits que je vous ai présentés. La première de ces malades qui servait de fantôme témoigne que la valeur du parenchyme rénal ne peut guère être appréciée par le cathétérisme urétéral puisque son volumineux calcul gênait certainement son rein et qu'il n'a pas été soupçonné. Ma seconde observation a trait à une femme qui me dit : « Depuis mon cathétérisme urétéral, mon état et mes douleurs se sont aggravés. » Je n'ai pas de raison pour mettre en doute ce qu'elle me dit. Quant à ma troisième malade, sa mort a suivi de bien près son cathétérisme urétéral.

Je crois donc fermement à l'ensemble des propositions que j'ai formulées devant vous. La tuberculose rénale ne relève de la *chirurgie* que dans des cas bien déterminés que j'ai cherché à préciser. La *néphrectomie* est la méthode de choix, sauf dans les cas de pyonéphrose fébrile avec état général contre-indiquant une intervention longue et laborieuse. Le cathétérisme urétéral ne doit être employé qu'en dernier ressort, dans les cas où tout autre moyen a échoué, et les faits que j'apporte prouvent que l'on peut s'en passer. Pour obtenir la valeur *biologique* « mathématique » du rein, le cathétérisme doit être permanent pendant vingt-quatre heures.

M. Routier. — La tuberculose des voies génito-urinaires est tellement fréquente qu'il m'en est passé sous les yeux un très grand nombre, surtout depuis les six ans que je dirige à Necker le service Civiale.

Bien que j'aie fort peu écrit, et que je n'aie rien inventé sur ce sujet, je n'en ai pas moins été obligé, par la force même des circonstances, de me faire une opinion et de me tracer une ligne de conduite dans la thérapeutique de ces divers cas.

Or, en ce qui concerne les voies urinaires et les reins en particulier, il ne m'a pas semblé qu'il y eût d'autres règles à suivre que celles qui nous dirigent quand il s'agit d'autres organes tou-

chés par la tuberculose. En tenant compte, bien entendu, de la fonction de chacun.

Il ne me paraît pas téméraire d'affirmer qu'il ne viendra pas à l'esprit du chirurgien d'enlever un rein sans s'être informé au préalable de la valeur de celui qui doit assurer la vie de son malade.

C'est ce point du diagnostic, peut-être un peu plus complexe quand il s'agit du rein, organe profond, qui me paraît avoir surtout préoccupé les orateurs qui m'ont précédé dans cette discussion. Il me semble que, de part et d'autre, on a exagéré quelque peu.

En pathologie rénale, comme pour tous les cas que nous observons en chirurgie, il est des cas faciles, il en est de très difficiles.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un malade à urines troubles et purulentes, qui a un seul rein gros et douloureux, facile à sentir par la palpation, avec ou sans phénomènes de cystite qu'il sera facile de réduire à leur juste valeur, le diagnostic de pyélite, de pyélo-néphrite est facile à porter, et souvent alors l'étude un peu plus complète du malade permettra d'ajouter le qualificatif qui lui convient, de sorte que, sans grands risques de se tromper, on pourra affirmer qu'il s'agit ou non de pyélo-néphrite tuberculeuse.

L'indication de l'intervention chirurgicale serait alors facile à poser si on savait exactement la valeur de l'autre rein, en supposant qu'il n'existât pas d'autre contre-indication à l'opération dans l'état du sujet; je vais y revenir.

Si, au contraire, nous avons affaire à un cas de tuberculose au début, nous allons nous heurter à beaucoup plus de difficultés; ce sera un sujet dont l'urine est trouble, mais chez lequel la palpation des reins ne donne rien, pas de douleur franchement localisée, pas d'augmentation de volume; et cependant l'étude du sujet nous conduit à ce résultat: ce sont bien les reins qui sont atteints, et c'est certainement par la tuberculose.

Bien plus, s'il ne survient pas d'accident spécial, on peut passer à côté de la lésion principale sans la soupçonner, et l'accident peut lui-même ne pas nous permettre un diagnostic complet.

C'est par la production d'une hématurie inquiétante pour la vie de la malade que j'ai pu, après avoir localisé son point de départ dans le rein droit par l'étude de la douleur à la palpation, et après avoir contrôlé ce diagnostic par la cystoscopie, que j'ai pu, dis-je, pratiquer il y a six ans la néphrectomie à une jeune femme qui va du reste fort bien à l'heure qu'il est.

La lésion était tellement minime que, le rein ouvert, dans la main, je crus avoir enlevé un rein normal.

Notre regretté histologiste Pilliet me rassura en me signalant sur le sommet d'une papille une ulcération tuberculeuse qui avait

intéressé une artériole, d'où l'abondance de l'hémorragie. Je vous en ai déjà parlé ici.

Ce fait doit être rare, car depuis six ans je n'en ai plus observé de semblable.

Ce sont évidemment les deux extrêmes de la tuberculose rénale : dans le premier cas, il s'agit de savoir quelle est la valeur du rein réputé sain ; dans le second, il s'agit de savoir quel est le rein malade, que vaut l'autre et si la lésion est tuberculeuse.

Je passe sur les divers moyens connus pour arriver à ces solutions, moyens dont on a du reste parlé ici (je ne veux pas refaire la pathologie rénale), pour ne m'arrêter que sur le cathétérisme des uretères que défend ici M. Albarran.

Incontestablement, pour moi, ce moyen peut et doit rendre de grands services : il est des cas notamment où c'est l'ultime ressource ; aussi ai-je trouvé bien sévère le procès que lui ont fait ici MM. Bazy et Tuffier ; les raisons qu'ils ont fait valoir n'étant point celles qui m'ont empêché d'avoir plus souvent recours à ce moyen, j'ai demandé la parole pour vous les exposer.

Tout d'abord, si Albarran n'a pas inventé le cathétérisme des uretères, il me paraît juste de reconnaître que, par les nombreux perfectionnements qu'il a apportés au cystoscope, il a mis ce moyen, je ne dirai pas comme lui à la portée de tous, mais au moins l'a-t-il rendu possible pour qui veut s'y livrer et l'étudier.

Malgré ces perfectionnements cependant, que de difficultés, que d'obstacles encore ! sans parler de quelques malades difficiles qui me rappellent ces larynx dont les plus consommés laryngologistes n'arrivent pas à voir les cordes vocales, malades pour lesquels Albarran lui-même a dû employer la cocaïne ou le chloroforme ; l'instrumentation elle-même est si délicate qu'à elle seule elle occasionne de réelles difficultés : la lampe brûle, l'électricité ne marche pas, le prisme s'obscurcit, etc., etc.

Je ne veux pas parler de moi, mais avec la meilleure installation du monde, j'ai vu des élèves d'Albarran ne pas réussir le cathétérisme, engager la sonde à un demi, à un centimètre, n'avoir aucun renseignement par conséquent.

De sorte qu'à mon humble avis, le cathétérisme des uretères ne me paraît pas encore pouvoir entrer dans la pratique courante ni être d'un usage commun.

Mais je me hâte d'ajouter que c'est le grand reproche que je lui adresse et je ne voudrais pas dire qu'il ne donne rien.

J'aurais mauvaise grâce à parler autrement, car il m'arrive de temps en temps d'abuser de mon voisinage à l'hôpital Necker pour prier soit Albarran, soit ses élèves de cathétériser les uretères de quelques-uns de mes malades. Je lui dois au moins de

venir affirmer ici que jamais aucun de ces cathétérismes n'a causé d'accident chez une malade.

J'estime que ce sera toujours un moyen d'un emploi difficile et limité, mais sans rien lui enlever des indications qu'il est capable de fournir.

J'aborde maintenant la question de l'intervention.

Je dois avouer que comme pour la cystite tuberculeuse, je suis fort peu interventionniste pour les cas de tuberculose rénale au début, en dehors des accidents bien entendu ; je sais plusieurs malades chez lesquels des manifestations rénales commençantes paraissent fort bien enrayées par un traitement purement médical.

Quand on en arrive au gros rein, à la pyélo-néphrite, l'intervention est indiquée, mais je considère la néphrectomie comme une opération plus grave que ne le laisserait croire la statistique présentée par Albarran, peut-être parce que je n'opère que des cas plus graves que ceux qu'il opère lui-même.

J'ai enlevé six reins tuberculeux, gros, avec des cavernes pleines de pus tantôt communiquant, tantôt ne communiquant pas avec le bassinet, j'ai eu deux morts : l'un de ces cas était évidemment désespéré, il y avait une telle périnéphrite, que j'ai dû, pour enlever la tumeur, réséquer la queue du pancréas.

Une fois j'ai fait la néphrotomie, ma malade est sortie avec une fistule, je n'ai pu la retrouver.

Une autre fois, j'ai fait d'abord la néphrotomie, puis la néphrectomie secondaire, mon malade était guéri, mais cinq semaines après, il succombait à une attaque de granulie.

Pour me résumer, il me semble que tout en considérant le cathétérisme des uretères comme un moyen de pratique peu courante, il ne faut pas renoncer à son précieux concours. Quand l'intervention est indiquée, la néphrectomie me paraît supérieure à la néphrotomie toujours suivie de fistule ; mais au début de la tuberculose rénale, l'opération ne me paraît légitimée que par la présence d'accidents au premier rang desquels se place l'hémorragie.

M. Ricard. — Puisque la discussion est ouverte sur la tuberculose rénale, je puis citer quatre cas personnels. J'ai fait quatre fois la néphrectomie et j'ai eu quatre succès.

Le premier cas présenta des particularités qui me semblent intéressantes à signaler. Il s'agissait d'une malade qui me fit appeler pour des hématuries rebelles et une cystalgie tenace. En l'examinant, je m'aperçus que la vessie était indemne et qu'il s'agissait probablement d'une affection tuberculeuse du rein droit douloureux et augmenté de volume.

Je fis la néphrectomie et enlevai le rein droit caverneux, ulcéré. Après l'ablation, à ma grande inquiétude, je vis les hématuries continuer et elles persistèrent encore trois semaines. Le rein gauche était donc aussi atteint. La malade a guéri et de son opération et de son rein gauche tuberculeux ; elle a engraissé et elle est en bonne santé à l'heure actuelle, trois ans après l'intervention. Cette observation me semble intéressante à signaler, car me basant uniquement sur les phénomènes cliniques, je n'ai pas pu soupçonner les lésions tuberculeuses du rein gauche. Les trois autres cas se sont terminés par la guérison.

M. J. Albarran. — Depuis ma dernière communication sur la tuberculose rénale, vous avez entendu sur le même sujet nos collègues, MM. Bazy, Routier, Tuffier et Ricard. Il ressort de cette discussion que nous n'envisageons pas de la même manière les indications de l'intervention précoce dans la tuberculose rénale : M. Tuffier accepte presque l'utilité d'agir de bonne heure ; M. Bazy, au contraire, pense qu'il n'y a pas avantage à procéder ainsi.

Je suis convaincu qu'il est de la plus grande importance de diagnostiquer de bonne heure la tuberculose unilatérale du rein et je pense que, lorsque l'autre rein est sain, on doit, aussi vite que possible, enlever le rein tuberculeux. Il est fréquent, je dirai même il est de règle, que la tuberculose rénale soit d'origine circulatoire et constitue la localisation bacillaire initiale dans l'appareil urinaire. Plus on étudie l'évolution de la maladie, plus on acquiert la conviction de la marche progressive des accidents : le rein se détruit lentement et devient un grave foyer d'infection pour l'organisme, non seulement par ses lésions tuberculeuses, mais encore par les infections secondaires qui se développent à son niveau. Du rein, la tuberculose gagne par voie descendante les uretères et la vessie, et je pourrais citer mainte observation le démontrant. L'avenir de ces malades est misérable et le jour arrive où l'on regrette d'avoir trop temporisé. En ce moment, je donne des soins à deux malades chez qui la tuberculose urinaire, débutant par le rein, a fini par se généraliser ; il n'est plus temps d'agir, et je dois assister impuissant à des accidents qui conduiront à la terminaison fatale. D'un autre côté, l'expérience démontre aujourd'hui que la néphrectomie pratiquée au début de la tuberculose est une opération qui donne presque toujours d'excellents résultats et qu'elle est plus grave lorsqu'on la pratique dans les périodes avancées de la maladie. M. Routier vous rappelait tout à l'heure son succès chez un malade opéré au début des lésions pour des accidents d'hématurie ; j'ai moi-même publié deux observations analogues et je pourrais en citer plusieurs

autres. En enlevant le rein tuberculeux de bonne heure, on sauvegarde la vessie, dont la localisation bacillaire est redoutable par notre impuissance à la combattre ; nous voyons même souvent des lésions de cystiste rétrograder lorsque, le rein enlevé, l'urine altérée ne vient plus entretenir et développer l'infection vésicale.

Pour ces raisons théoriques et pratiques, je crois la néphrectomie indiquée dans la tuberculose rénale unilatérale aussitôt que le diagnostic a pu être posé.

J'en arrive, Messieurs, à ce que vient de vous dire M. Tuffier sur l'utilité qu'il y a à faire l'examen chimique de l'urine, à déterminer sa densité et son point de congélation au point Δ. Je sais bien que les courbes obtenues par ces différents procédés présentent un parallélisme surtout frappant en ce qui concerne l'étude de la densité et du point Δ; mais quelque précieux que soient ces moyens d'exploration, lorsqu'on les étudie sur l'ensemble de l'urine réunie des deux reins, ils ne peuvent nous renseigner sur les lésions qu'un des deux organes peut présenter. Il est évident que lorsqu'un rein est très gros et manifestement malade, que l'autre rein ne donne lieu à aucun symptôme et qu'en même temps l'urine présente une composition presque normale, on peut raisonnablement conclure qu'un des deux reins est très probablement sain. Même dans ces cas, si favorables et exceptionnels, l'erreur est possible, et M. Ricard vient de nous dire comment il enleva un rein croyant l'autre sain alors que, en réalité il était, lui aussi, tuberculeux. Ce malade guérit, mais les choses auraient pu tourner autrement et d'autres malades ont succombé dans des conditions semblables. Je sais qu'on peut opérer avec des lésions bilatérales, mais si les circonstances nous forcent à intervenir dans ces cas, personne ne contestera l'utilité primordiale d'une connaissance exacte du degré des lésions du rein qui devra désormais assurer la vie.

Cette connaissance peut être acquise par le cathétérisme urétéral, si vivement attaqué par notre collègue M. Bazy, et que je vais essayer de défendre en répondant à ses critiques.

Les paroles dépassant peut-être sa pensée, M. Bazy nous montre le cathétérisme urétéral comme une vraie opération et non comme une simple exploration ; il en arrive à le comparer, au point de vue de l'importance et de l'acte chirurgical, à la néphrotomie exploratrice.

Ce sont là, je pense, exagérations de polémique qui n'ont pour s'appuyer que ce fait : j'ai dû chloroformer deux malades à vessie douloureuse. C'est peu. Autant dire que l'examen d'un abdomen sous le chloroforme équivaut à la laparotomie exploratrice. Comment comparer une chloroformisation de quelques minutes,

exceptionnelle d'ailleurs, à l'anesthésie prolongée que nécessite la néphrotomie exploratrice? Comment comparer l'introduction d'une sonde dans l'uretère à l'incision de la région lombaire, à la décortication, puis à l'incision du parenchyme rénal? Je n'insiste pas davantage.

M. Bazy nous dit ensuite que le cathétérisme urétéral n'est pas applicable chez les enfants ni chez les rétrécis. Je n'ai pas besoin de dire que les rétrécis on les dilate; c'est ce que j'ai fait chez certains malades à qui j'ai dû faire le cathétérisme et qui n'étaient pas des tuberculeux; si je trouve un jour un tuberculeux avec des rétrécissements, je soignerai d'abord son urètre, tout comme, si je veux faire la lithotritie chez un rétréci, je commence par m'assurer un calibre convenable du canal.

En ce qui regarde les enfants, je sais bien qu'on ne peut faire chez eux le cathétérisme urétéral et si je trouve un enfant avec un rein tuberculeux, je me passerai de ce mode d'exploration. Jusqu'à présent, pourtant, je n'en ai point rencontré, par cette bonne raison que la tuberculose rénale est rare dans l'enfance. Le plus jeune malade atteint de tuberculose rénale que j'aie vu est actuellement à Necker, il a quinze ou seize ans.

M. Bazy nous parle encore des difficultés que le cathétérisme urétéral peut présenter, et mon collègue et ami Routier nous dit que ce procédé d'exploration n'est pas d'une manœuvre très facile. Permettez-moi, Messieurs, de remercier en passant M. Routier de son amabilité à mon égard et d'être venu dire ici qu'il n'a jamais observé d'accidents, à la suite du cathétérisme urétéral. J'ai dit moi-même que, dans certains cas, le cathétérisme urétéral peut présenter des difficultés; jusqu'à présent, pourtant, j'ai pu les surmonter chez tous les tuberculeux chez qui j'ai cru devoir le pratiquer. Dans la majorité des cas, cependant, les difficultés ne sont pas grandes et si elles paraissent plus considérables qu'elles ne sont en réalité, à plusieurs de nos collègues, c'est, je pense, parce que, pris par d'autres soucis, ils ne peuvent faire l'apprentissage nécessaire; nos internes, qui ont plus de temps, apprennent vite et bien. Pour nos jeunes collègues de Necker, le cathétérisme urétéral est une manœuvre courante. Si je n'ai pas indiqué en détail les difficultés de ce cathétérisme et comment on peut les surmonter, c'est que je n'ai pas voulu faire une communication de technique, mais m'attacher à démontrer la valeur exploratrice de l'examen comparé de l'urine des deux reins.

C'est pour cela encore que je n'ai pas indiqué les détails que M. Bazy me demande. Notre collègue s'inquiète de savoir si lorsque chez un tuberculeux on essaye de cathétériser le rein malade et que, ne le pouvant, on se décide à cathétériser le rein

sain, on se sert de la même sonde ou du même cystoscope. Pour ne pas infecter le rein sain nous changeons non seulement la sonde mais encore le cystoscope; à Necker nous avons toujours deux cystoscopes et j'en ai deux dans ma boîte personnelle. Si on ne possède qu'un seul instrument, on peut se contenter de faire bouillir la pièce urétérale qui, dans mon modèle, est démontable pour pouvoir être facilement stérilisée. De ce que je n'en ai point parlé, M. Bazy a l'air de conclure que je néglige les autres modes d'exploration du malade en dehors du cathétérisme urétéral. Cela n'est point et si je ne vous ai pas parlé en détail de la symptomatologie et de l'exploration dans la tuberculose rénale, c'est que, messieurs, je pense que vous savez tous ces choses-là aussi bien que moi et que je ne me serais pas permis de vous faire une leçon banale. N'y a-t-il pas d'ailleurs quelque contradiction entre ce reproche et le fait que M. Bazy cite ensuite lorsqu'il dit que mes douze néphrectomies, dans lesquelles il croit que je n'ai pas fait le cathétérisme urétéral, prouvent qu'on peut se passer de ce moyen de diagnostic? Puisque dans ces cas je n'aurais pas fait le cathétérisme, cela montre bien je pense, que, au besoin je saurais m'en passer.

M. Bazy s'étonne que sur vingt-six néphrectomies pour tuberculose rénale que j'ai pratiquées je n'en aie publié que quatorze avec exploration urétérale du rein. Voici comment se décomposent les douze observations restantes : six sont antérieures à mes premiers cathétérismes urétéraux qui datent de 1896. Deux concernent des néphrectomies secondaires où je n'avais pas besoin de sonder l'uretère. Les quatre autres malades ont tous été cathétérisés, trois à l'hôpital Necker, un en ville, mais au moment de ma publication je n'avais pu trouver les fiches des analyses des deux urines qui auraient rendu les observations probantes. Des recherches ultérieures m'ont fait retrouver ces observations, mais l'absence de détails précis concernant le cathétélisme urétéral enlève à deux d'entre elles leur intérêt dans la discussion actuelle : voici les deux autres observations

Obs. XVIII. — Mme L..., quarante-trois ans, infirmière, entrée à Necker, salle Laugier, le 7 mars 1899.

Mère morte d'accident, père bien portant, un frère et une sœur en bonne santé.

En 1870, fièvre typhoïde sans complications.

Mars 1878, pleurésie droite durant trois mois; l'état général n'est jamais revenu ce qu'il était avant. Depuis cette époque, douleurs lombaires vagues.

En décembre dernier, après deux ou trois jours de légères souffrances vésicales, hématurie se reproduisant à chaque miction. Ces hématuries

s'accompagnaient de mictions fréquentes toutes les demi-heures et de douleurs dans les reins, particulièrement du côté droit. Depuis, elle a remarqué que les urines étaient troubles et contenaient du pus. En février dernier, nouvelles hématuries.

Actuellement : mictions huit à dix fois le jour et autant la nuit; toujours douloureuses pendant et après l'émission des urines. Les urines sont troubles, purulentes : quantité de 2 à 3 litres. Capacité vésicale normale : la vessie est modérément sensible à une forte pression par le vagin, surtout du côté droit, qui paraît un peu épaissi. Le rein droit est souvent le siège de douleurs peu accusées : à la palpation directe il est douloureux. On sent au double palper son pôle inférieur. Le trajet de l'uretère droit est un peu sensible à la pression. Le rein gauche n'est pas senti.

Poumons. — Quelques frottements pleuraux à la base droite, foyer de râles sous-crépitants à la base gauche : souffle bronchique au niveau du pédicule pulmonaire.

État général. — Malade amaigrie et faible; depuis cinq ou six semaines, accès fébriles irréguliers.

10 mars. — *Cathétérisme urétéral droit.* — On évacue 150 grammes d'urine trouble retenue dans le bassinet, quelques gouttes de pus franc à la fin.

13 mars. — 3 litres d'urine trouble.

15 mars. — Cathétérisme urétéral, pour l'examen, puis lavage du bassinet.

Urine du rein droit : quantité recueillie, 150 grammes, jaune, très pâle.

Urée	3gr90	par litre.
Chlorures	1 20	—
Acide phosphorique	0 29	—
Albumine	0 25	—

Rares leucocytes, hématies, nombreuses bactéries, microcoques; pas de bacilles de Koch.

Examen des urines totales : quantité, 2.450 centimètres cubes. Jaune pâle, légèrement acide. Densité, 1,005.

Urée	6gr40	par litre.
Acide urique	0 08	—
Acide phosphorique.	0 65	—
Chlorures	4 90	—
Albumine	0 30	—

Après le cathétérisme, légère amélioration.

23 mai. — Fièvre, douleurs rénales droites, avec augmentation de volume du rein. Cathétérisme urétéral, qui retire 80 grammes de liquide purulent.

30 mai. — Nouveau cathétérisme ; la sonde est laissée à demeure; le lendemain le rein est moins douloureux, surtout à la palpation.

31 mai. — Doutant encore du diagnostic pyonéphrose simple ou

tuberculeuse, opération par la région lombaire. Le rein est atteint de pyonéphrose tuberculeuse. Néphrectomie.

Le 10 juillet la plaie lombaire est fermée ; la malade a engraissé, mais se plaint de souffrir en bas et à droite du rein gauche : il se développe à ce niveau un abcès qui est curetté le 5 août. La malade sort guérie le 10 octobre.

Obs. XIX. — C... (Louise), trente-neuf ans, entrée le 8 septembre 1898, salle Laugier, n° 7.

Père mort d'un anévrisme à soixante-dix ans; mère âgée de soixante-huit ans, bien portante. Mariée à l'âge de dix-huit ans à un tuberculeux.

Premières règles à treize ans, anémie intense qui persiste deux ans, jusqu'à l'apparition des secondes règles, à quinze ans. Depuis menstration régulière jusqu'à la maladie actuelle. Toujours des pertes blanches, surtout il y a deux ans, pendant deux ou trois mois.

Un enfant, actuellement vivant à l'âge de dix-neuf ans; fausse couche à vingt-huit ans. Fluxion de poitrine en janvier 1898.

En mars 1898, fréquence et douleurs au commencement et à la fin de la miction.: l'urine contenait déjà à cettte époque de petits caillots vermiformes. Ces phénomènes se sont progressivement accentués.

Actuellement, la malade urine toutes les heures pendant le jour, trois ou quatre fois dans la nuit; les mictions sont impérieuses et douloureuses. Les urines contiennent parfois un peu de sang, les dernières gouttes d'urine étant toujours plus colorées : lorsqu'elles ne sont pas sanglantes, les urines sont un peu troubles.

A côté de ses douleurs pendant la miction, la malade souffre dans le bas-ventre et dans la région lombaire, sans prédominance de la douleur d'un côté ou de l'autre. La marche est pénible.

Depuis le mois de mars, cette malade a perdu l'appétit et a maigri. Les poumons sont sains.

A l'examen on constate : vessie ayant une capacité de 160 grammes. Rein droit augmenté de volume, descendant jusqu'au dessous de l'ombilic. Rein gauche non senti. Uretère droit senti un peu gros par le toucher vaginal.

Examen histo-bactériologique de l'urine. — Réaction acide, leucocytes, pas de cellules épithéliales. Pas de microorganismes à l'examen par coloration simple. Par double coloration, pas de bacilles de Koch. Deux autres examens pratiqués le 3 et le 21 septembre montrent la présence des bacilles de Koch.

Examen cystoscopique. — La vessie est rouge, tomenteuse, avec de petites productions papillaires : petite ulcération au niveau de l'orifice de l'uretère droit.

Cathétérisme urétéral. — La sonde s'engage dans l'uretère droit, du côté malade, à 4 ou 5 centimètres de profondeur : l'uretère rétréci ne permet pas d'aller plus loin : il ne s'écoule pas de liquide par la sonde maintenue quelques minutes en place. On ne cathétérise pas l'uretère gauche parce que les lésions vésicales sont incontestablement tuberculeuses.

22 octobre. — *Néphrectomie lombaire.* — L'uretère tuberculeux est sectionné au thermocautère et laissé en grande partie. Cicatrisation lente. Le 1er janvier 1899, la malade part, guérie de son opération.

Ces deux observations viennent à l'appui des dix-sept autres que je vous ai données pour démontrer la valeur diagnostique du cathétérisme urétéral qui a été employé, sur mes vingt-six néphrectomies pour tuberculose rénale, dans vingt cas, c'est-à-dire dans la totalité de mes opérés depuis 1897.

On peut opérer et réussir dans la tuberculose rénale sans avoir recours au cathétérisme urétéral, mais on se sent autrement sûr lorsqu'on a pu déterminer ce que vaut le rein qui doit rester en place. J'ajoute qu'on peut faire le diagnostic sûr par ce moyen alors qu'il est autrement impossible ; on fait bénéficier ainsi de l'opération une série de malades qui n'auraient pas été opérés parce que la tuberculose rénale peut être absolument latente. Je vous en ai cité des exemples et je reviens sur l'un d'eux que M. Bazy a mentionné me, en faisant un grief d'avoir dit : « un malade que j'ai opéré il y a un an » au lieu de dire : « que j'ai opéré l'année dernière, il y a sept mois ». J'ai cité ce malade non comme un exemple de survie, ce qui rendrait juste l'observation, mais comme un cas de diagnostic précoce, et qu'il se soit écoulé sept mois ou un an après l'opération, le diagnostic n'en reste pas moins précoce. D'ailleurs dans l'observation, je donne la date exacte de l'intervention.

Je vous ai présenté des observations où l'analyse clinique faisait croire qu'un des deux reins était sain alors que par le cathétérisme urétéral j'ai démontré qu'en réalité il était malade. En ce moment je vois une femme chez laquelle l'examen clinique fait croire à de graves lésions bilatérales et qui pourtant ne présente qu'un seul rein malade : j'espère pouvoir vous montrer cette malade. J'ai vu un clinicien de premier ordre, mon maître Guyon, dont personne ne contestera la haute compétence, se tromper ainsi et je me suis trompé avec lui chez une de nos malades de Necker : c'était une femme dont l'urine contenait des bacilles et qui souffrait surtout de son rein gauche gros et douloureux au palper alors que le rein droit paraissait simplement abaissé. Cette malade avait de la fièvre et des décharges urinaires purulentes. M. Guyon pratiqua la néphrotomie à gauche et trouva un rein simplement congestionné, le rein malade était le droit et, si on avait enlevé le rein gauche, nous aurions eu à déplorer une catastrophe. La malade guérit de son opération et se trouva même fort améliorée.

En réalité, je ne comprends guère qu'on puisse mettre en doute l'utilité du cathétérisme urétéral dans le diagnostic précoce de la

tuberculose rénale et qu'on méconnaisse les services qu'il nous rend pour apprécier la valeur comparée des deux reins. Toutes les critiques peuvent en réalité se résumer ainsi : 1° le cathétérisme urétéral n'est pas applicable à tous les cas; 2° il peut être dangereux.

J'ai déjà dit que pas plus que n'importe quel moyen d'exploration, le cathétérisme urétéral ne peut dans l'universalité des cas résoudre tous les problèmes : ce n'est point là une critique du procédé, qui n'en garde pas moins toute sa valeur, et qui peut être employé, comme je crois l'avoir démontré, dans presque tous les cas de tuberculose rénale.

Je me suis expliqué dans les dernières séances sur les dangers du cathétérisme et je ne reviendrai pas longuement sur ce sujet; employé avec les précautions nécessaires, ce mode d'exploration n'est pas dangereux. En pareille matière, ce que l'on voit vaut mieux que toute considération théorique; or je vois, et mes élèves et moi nous faisons voir tous les jours à l'hôpital Necker, l'innocuité du cathétérisme. Depuis trois ans, il ne se passe guère de jour, à Necker, sans qu'un ou plusieurs malades soient cathétérisés par le chef de clinique, par les internes ou par moi-même. Peut-on concevoir que, si nous observions les accidents qu'on redoute, nous continuions ainsi, de gaieté de cœur, à être nuisibles à des centaines de malades? Et si j'étais assez aveugle pour ne point voir et mes élèves assez peu consciencieux pour suivre leur chef lorsqu'il est dans l'erreur, comprendrait-on que le chef de service, mon maître Guyon, ne vît jamais ces accidents ou n'en tînt pas compte?

Je comprends les scrupules de certains de mes collègues et je ne demande à ceux qui doutent que de ne pas porter un jugement précipité : qu'ils veuillent parcourir les salles de la Clinique de Necker, assister à notre consultation de l'hôpital, voir et suivre les malades. Ils seront convaincus par l'évidence des faits.

J'en viens à discuter la valeur chirurgicale de l'exploration des reins par l'injection sous-cutanée du bleu de méthylène suivant le procédé d'Achard et Castaigne. D'après M. Bazy, ce procédé nous indique avec certitude si le rein du côté opposé à la lésion est sain ou malade. Il nous donne comme preuve trois néphrectomies faites avec succès, dont deux secondaires et une primitive, après que l'emploi du bleu de méthylène lui eut démontré l'intégrité de l'autre rein. Je ne pense pas que l'emploi du procédé d'Achard et Castaigne puisse donner pareille démonstration, lorsqu'on examine l'urine sécrétée par les deux reins et réunie dans la vessie. Si un des deux reins est malade, l'élimination du bleu ne pourra jamais être normale, parce que, au produit sécrété

par le rein sain, viendra toujours se joindre celui du rein altéré.

Puisque nous discutons l'emploi du bleu de méthylène, il me paraît utile de rappeler la discussion provoquée récemment au sein de la Société médicale des hôpitaux par les faits publiés par Léon Bernard, de discordance entre la perméabilité rénale au bleu et les symptômes menaçants présentés par les malades. Notre collègue Widal a montré un cas de néphrite interstitielle grave où la perméabilité du bleu était à peine modifiée; une autre observation de néphrite syphilitique avec coma urémique où l'élimination du bleu fut normale.

Vaquez, passant en revue les méthodes d'exploration tirées de la toxicité urinaire, de l'analyse chimique des urines, enfin du procédé d'Achard et Castaigne, s'exprime ainsi : « Dans l'état actuel, aucune de ces méthodes n'est capable de nous renseigner d'une façon précise sur le pronostic immédiat ou éloigné de l'insuffisance rénale. » Merklen, parlant du procédé du bleu, pense « qu'il ne semble pas que ce procédé puisse nous renseigner, en clinique, sur le degré de l'insuffisance rénale ».

Sans dire avec Lépine que le mode d'élimination du bleu ne peut renseigner que sur l'excrétion de ce corps, non des autres, tous ces auteurs, employant le procédé du bleu avec toutes les précautions qu'il comporte, et peut-être à cause de cela, ont vu des cas multiples d'interprétation malaisée. Achard lui-même n'attribue pas à son procédé une aussi grande certitude que M. Bazy. Dans cette même discussion, Achard parle des cas où l'on voit que « certains troubles rénaux, voire des lésions durables de néphrite diffuse, permettent le passage du bleu dans l'urine en proportion normale »; et plus loin, « si la perméabilité se maintient au cours de certaines lésions des reins, il ne s'ensuit pas que ces organes fonctionnent bien »; enfin il conclut que « la perméabilité rénale n'est pas une chose aussi simple qu'on pourrait se l'imaginer de prime abord ».

Voilà l'état de la question au point de vue médical, lorsqu'il ne s'agit que de juger dans son ensemble le fonctionnement des reins dans les lésions bilatérales. En chirurgie, lorsque nous voulons savoir si un des deux reins est sain, la difficulté est encore plus grande.

Lorsqu'on étudie les fonctions des reins par le procédé d'Achard et Castaigne, il faut distinguer d'un côté, l'élimination du bleu lui-même, d'un autre côté, l'élimination du chromogène, dont on ignore encore la signification.

En ce qui regarde l'élimination du bleu, on étudie quatre facteurs principaux, qui sont : 1° le moment de son apparition dans les urines; 2° son mode d'élimination; 3° l'intensité de coloration

des urines; 4° la durée de l'élimination. Or, l'étude d'aucun de ces facteurs ne peut nous renseigner sur l'intégrité d'un des reins lorsque l'autre est malade.

1° *Le moment d'apparition.* — Le début de l'élimination peut être *trop précoce*, non seulement lorsqu'il existe des néphrites épithéliales, comme l'a démontré Bard, de Lyon, mais encore lorsque le rein du côté opposé à la lésion est en hypertrophie compensatrice, comme nous l'avons établi, Bernard et moi. L'élimination peut être au contraire *retardée*, non seulement avec des reins presque normaux, mais dans un rein sain. Bernard et moi nous en avons publié des observations. Il résulte de ces faits que le moment où le bleu apparaît dans l'urine n'est pas un criterium suffisant pour dire qu'un des deux reins est normal ou pour affirmer qu'il est malade.

2° *Marche de l'élimination.* — On ne peut rien conclure de l'élimination à *marche continue :* elle s'observe dans des reins malades et dans des reins sains. Il en est de même de *l'élimination intermittente* du bleu qui peut s'observer dans les affections hépatiques (Chauffard), dans les affections nerveuses (Roques de Fursac), dans l'hypertrophie rénale compensatrice (Albarran et Bernard).

3° L'intensité de l'élimination du bleu est sans doute le meilleur caractère du fonctionnement normal du rein. Mais, comment juger de l'intensité de coloration de l'urine éliminée par un rein lorsqu'on examine la réunion des urines sécrétées par les deux glandes ? Si le rein gauche est sain et donne une urine fortement colorée, lorsque à cette urine s'ajoute le liquide faiblement coloré secrété par le rein droit malade, il est évident que le mélange des deux urines présentera une moindre intensité de coloration que la seule urine du rein sain. Comment pourrons-nous savoir, en examinant le mélange de ces deux urines, l'intensité qui correspond au rein supposé sain ?

La durée de l'élimination. — La prolongation de l'élimination du bleu peut s'observer dans les néphrites interstitielles, dans les minimes rétentions d'urine ne dépassant pas 30 ou 40 grammes de liquide du rein mobile ; on la voit encore lorsque, chez l'animal ou chez l'homme, un des reins ayant été extirpé, le rein qui reste est en hypertrophie compensatrice. Si nous observons ce phénomène dans l'urine vésicale, dirons-nous que les deux reins sont malades ou qu'il en est un qui supplée son congénère ?

Cette courte analyse, résumant des recherches longuement exposées ailleurs, nous montre bien que l'examen de l'urine globale ne peut nous renseigner, après l'emploi du bleu de méthylène, sur l'importante question de la bilatéralité des lésions et moins encore sur le degré de celles que peut présenter le rein qui doit

rester en place. Cliniquement, en chirurgie urinaire, l'examen de l'élimination du bleu de méthylène ne donne des notions d'une certaine valeur que lorsque les deux reins sont très sérieusement pris ; les notions que l'on acquiert alors peuvent utilement s'ajouter à celles des autres procédés d'exploration. Lorsqu'on veut aller plus loin et faire le départ de chaque rein dans les phénomènes observés, on ne peut avoir de certitude que si l'on recueille séparément les urines de chaque rein. En n'agissant pas ainsi, on s'expose, tout en raisonnant logiquement, à commettre des erreurs et à attribuer à un rein ce qui se passe dans l'autre.

Pour démontrer la possibilité de ces méprises, je citerai les deux faits suivants.

M. Bazy ayant observé l'élimination prolongée du bleu de méthylène dans les pyonéphoses, écrit dans la *Revue de gynécologie :* « Le rein sain élimine rapidement son bleu; le rein malade l'élimine plus lentement ». A première vue, cela paraît logique et juste; en réalité, l'interprétation est erronée. Appliquant le cathétérisme urétéral à l'étude de l'élimination du bleu de méthylène dans les pyonéphroses, nous avons vu, Bernard et moi, que plus le rein est malade, plus l'élimination est courte et peu intense ; c'est au contraire le rein sain qui élimine pendant plusieurs jours la matière colorante, phénomène, qui paraît être en rapport avec l'hypertrophie compensatrice.

De même, ayant observé dans les pyonéphroses simples des intermittences dans l'élimination du bleu, M. Bazy écrit : « Le rein malade peut retenir le bleu un certain temps, l'empêcher de couler dans la vessie et donner lieu à un écoulement intermittent... Dans les cas de pyonéphrose à évacuation intermittenttente ». Or le cathétérisme urétéral nous a démontré ici encore, dans toutes nos observations, que la marche de l'élimination est continue du côté de la pyonéphrose, tandis que du côté opposé, elle peut présenter le type continu, intermittent ou polycyclique. Ce n'est pas dans le rein en état de pyonéphrose, mais bien dans celui de l'autre côté que peut se présenter le phénomène de l'intermittence dans l'élimination du bleu de méthylène.

Ces exemples montrent bien que lorsqu'on étudie les urines réunies des deux reins après l'injection sous-cutanée du bleu de méthylène, on peut attribuer à un rein ce qui se passe dans l'autre ; si on ajoute à ce fait important la nécessité où nons sommes de ne pas attacher une valeur démonstrative au procédé d'Achard et Castaigne, nous devons conclure que ce mode d'exploration ne peut se substituer au cathétérisme urétéral.

Présentation de malades.

Autoplastie de l'aile du nez par glissement (1).

M. Paul Reynier. — Dans ces derniers temps on vous a présenté plusieurs restaurations du nez ou de la face, obtenues par la méthode italienne. Je crois intéressant de rapprocher aujourd'hui de



ces faits le résultat d'une autoplastie que j'ai faite de l'aile du nez par la méthode de glissement. Il s'agissait d'une femme qui, à la suite d'un accident tertiaire, avait perdu toute la narine droite et une partie de l'aile correspondante du nez, ainsi qu'on peut s'en rendre compte sur la photographie que je présente.

Au moyen d'un lambeau pris sur la joue, d'un autre pris à la région frontale, j'ai pu restaurer cette aile du nez. On pouvait hésiter ici entre la méthode italienne et la méthode de glissement. J'ai donné la préférence à cette dernière, et j'en suis heureux, car

(1) Cette présentation a été faite dans la séance précédente.

je ne crois pas que le résultat eût été aussi satisfaisant avec la méthode italienne. La peau, qui est encore un peu rouge, reprend de plus en plus la coloration des parties avoisinantes. Avec la méthode italienne, on a, par contre, des pièces qui se distinguent par leur coloration et leur épaisseur des parties avoisinantes.



Aussi, sans vouloir faire le procès de la méthode italienne, qui peut dans certains cas rendre de très grands services, je crois que, lorsqu'il n'y a pas impossibilité absolue, on doit chercher toujours de préférence la restauration par les méthodes de glissement.

M. Berger. — Dans les cas de ce genre, lorsqu'elle est applicable, la méthode indienne, c'est-à-dire le lambeau frontal, l'emporte de beaucoup sur tous les procédés.

Ectopie testiculaire abdominale double (cryptorchidie vraie), avec double hernie inguinale, cure radicale et abaissement des deux testicules. Résultats parfaits de la cure radicale après douze ans. Résultats utiles des testicules conservés. L'un d'eux est enlevé après douze ans

M. Lucas-Championnière. — Je présente un ancien opéré que j'ai montré il y a douze ans à la Société. Il est âgé de vingt-trois ans. Il en avait onze lorsque je l'ai amené.

C'était un sujet atteint de cryptorchidie double, *cryptorchidie vraie* (ectopie abdominale double) avec double hernie.

Lorsque je l'opérai à l'âge de onze ans il était chétif et de la taille d'un enfant de sept ans, avec absence complète de scrotum et verge atrophique.

Sans l'intervention, c'était un sujet appelé à rester dans les conditions d'un eunuque et du reste si maladif qu'il n'eût pas survécu. J'hésitai, à cause de cela, à l'opérer pendant six mois.

En deux opérations, je fis la cure radicale des hernies et l'abaissement des deux testicules.

Comme ceux-ci siégeaient dans le ventre et non dans les plis inguinaux, cet abaissement fut extrêmement laborieux. Des pressions énergiques sur l'abdomen firent engager le testicule à la partie supérieure de la plaie qui avait ouvert tout le canal inguinal.

Je réussis à disséquer sur le trajet du canal déférent les trousseaux fibreux qui retenaient en route le testicule, à l'entraîner et à le fixer dans un scrotum artificiellement creusé avec le doigt à la place des bourses.

J'entraînai ensemble le testicule et l'épididyme que j'avais trouvés dissociés, comme on les rencontre lorsque, avant la descente, on les observe chez le fœtus dans la cavité abdominale.

L'opération fut un peu plus parfaite à droite qu'à gauche. A gauche, dès les premiers temps, le testicule beaucoup plus petit avait une tendance à remonter vers la verge.

Le premier résultat pour la santé générale fut extraordinaire. Au bout d'un an le sujet était métamorphosé, grandi et vigoureux,

Les hernies étaient guéries. Le côté droit, qui était le siège de crises douloureuses, était indolent.

Après douze ans, le sujet nous montre d'abord un résultat parfait au point de vue de la solidité de la cure radicale des hernies.

A droite le testicule est volumineux et sensible, remonté vers la racine de la verge.

A gauche, il était appliqué contre la cicatrice du pli de l'aine et douloureux. A la demande du sujet, je viens de l'enlever.

La verge est très bien développée. Le sujet a des érections qui lui permettent de remplir toutes ses fonctions génitales.

Le sperme examiné ne nous a pas donné des résultats bien nets. Toutefois si la spermatogénèse n'y est pas tout à fait absente, en tous cas elle ne serait représentée que par des cellules mal formées et très douteuses. C'est là ce qui résulte de l'examen pratiqué dans le laboratoire de M. le professeur Cornil.

L'examen du testicule enlevé, qui, du reste n'avait jamais eu le développement du droit, était tout à fait négatif, la sclérose était générale.

Mais si la spermatogénèse fait défaut, la vigueur musculaire et la virilité du sujet sont parfaitement affirmées dans des conditions telles que le résultat de l'opération est incontestable.

C'est là, d'après mes recherches dans les annales scientifiques, une observation unique. Au moins n'en ai-je pas trouvé d'autres exemples. Au cours d'une discussion antérieure, notre collègue M. Monod m'en avait cité d'autres exemples.

Toutes les indications qu'il m'avait données se rapportaient à des cas d'ectopie inguinale, et non d'ectopie abdominale, je l'ai fait vérifier antérieurement.

Le fait de l'ectopie abdominale double est infiniment moins rare et d'une thérapeutique beaucoup plus simple.

Bien que Godard affirme l'extrême rareté des ectopies inguinales doubles, j'ai opéré dans cinq de ces cas sur les trente-sept sujets atteints d'ectopie inguinale avec hernie que j'ai opérés pour leur ectopie en pratiquant la cure radicale.

Sauf un cas, il s'agissait d'adultes, c'est-à-dire non de retards simples de descente du testicule, comme on en observe tant d'exemples, mais d'ectopie confirmée.

Dans deux de ces cas, j'ai abaissé les deux testicules avec un plein succès, bien vérifié, chez un sujet, après huit ans et chez l'autre après quatre ans.

Dans deux autres cas, j'ai fait l'abaissement d'un côté et la castration de l'autre. Du second côté, le testicule était réduit à des proportions insignifiantes, même à l'épididyme, tandis que, de l'autre côté, il était hypertrophié en quelque sorte. Ces deux malades, revus aussi après cinq et sept ans, m'ont également donné des résultats très satisfaisants au point de vue de la solidité et des fonctions génitales.

Le cinquième sujet était un enfant de huit ans que je n'ai opéré que d'un côté et à cause de douleurs. Plus tard, je ne l'ai point revu.

Je ferai remarquer que ces excellents résultats dans ces cas compliqués viennent s'ajouter dans ma pratique à de nombreux cas beaucoup plus simples d'ectopie unilatérale.

J'ai opéré trente-sept sujets et fait quarante-deux opérations.

J'ai fait dix-sept fois la castration et vingt-cinq fois l'abaissement, auxquelles je devrais ajouter deux cas d'abaissement sans cure radicale. Au cours de ces opérations, j'ai pu montrer que le testicule était retenu dans sa descente par des trousseaux fibreux plus ou moins solides. C'est de la dissection plus ou moins parfaite de ces trousseaux fibreux que dépend la descente du testicule. Celui-ci peut toutefois être arrêté encore par son état atrophique et un défaut de longueur du canal déférent. Mais quand il est descendu, son maintien dans les bourses ne dépend pas du mode de fixation, il dépend des conditions plus ou moins faciles de sa descente artificielle.

En tout cas, tous les efforts peuvent et doivent être faits pour la conservation du testicule.

Nous n'avons aucune preuve qu'au point de vue de la spermatogénèse il ait une grande valeur. Toutefois, certains de nos sujets présentent des testicules si volumineux, à fonctions si régulières, qu'il est permis de le penser.

Mais au point de vue de la santé générale et des réflexes génitaux, sa valeur est incontestable, et j'ai apporté ci-contre la preuve qu'une excellente cure radicale peut être maintenue malgré des opérations très complexes. On peut le vérifier sur ce sujet. Je n'ai, du reste, jamais observé de récidive chez les sujets opérés avec ectopie et, bien entendu, comme je le demande toujours, aucun de mes opérés n'a jamais porté de bandage.

M. Routier. — Si j'avais su que M. Lucas-Championnière présenterait ce malade, j'aurais pu en amener un qui me paraît aussi intéressant et chez lequel, pour des accidents simulant l'étranglement herniaire, j'avais fait le diagnostic d'orchite d'un testicule en ectopie. Les testicules étaient absents, on ne les sentait nulle part. Par une double laparotomie inguinale, j'arrivai sur deux testicules un peu atrophiés, occupant l'orifice profond du canal inguinal et qu'il me fut impossible de faire descendre. Après les avoir libérés et mobilisés je les laissai pendre librement dans le péritoine. J'avais en effet promis au malade de ne les supprimer en aucun cas. La guérison se fit sans accident. Le malade resta puissant, et la tendance à l'hypocondrie, qu'il présentait avant l'opération, disparut complètement. Quant aux spermatozoïdes, cette libération n'eut aucune influence sur leur production. Ils manquèrent totalement.

M. Tuffier. — Dans notre première discussion, qui a eu lieu ici voilà huit ou neuf ans, j'ai présenté un malade chez lequel j'avais fait descendre le testicule droit. Ce malade avait déjà été opéré du côté gauche par Péan qui avait fait descendre le testicule dans les bourses. Ce testicule était très développé et le malade avait des enfants. Le résultat fut moins favorable pour le testicule droit, qui resta atrophié.

Actinomycose mammaire.

M. Nélaton. — Je vous présente une femme atteinte d'actinomycose mammaire et dont l'observation se trouve publiée dans le livre de M. Poncet.

Présentation de pièces.

Balle de revolver extraite après radiographie.

M. Rochard. — Je vous présente une balle extraite du rocher droit d'un gardien de la paix qui s'était tiré un coup de revolver dans l'oreille. La balle avait pénétré profondément, ainsi que le prouvaient la section du nerf facial et l'état grave du malade. Grâce à des injections de sérum, les accidents s'amendèrent. Une suppuration des cellules mastoïdiennes se produisit.

L'extraction fut pratiquée après trépanation de la mastoïde, et, grâce à l'appareil de M. Contremoulins, la balle, située à 4 centimètres de profondeur, put être trouvée directement à l'endroit désigné par l'instrument.

Fibromes utérins enlevés par énucléation.

M. Tuffier. — Je vous présente huit fibromes de l'utérus enlevés d'un même utérus par énucléation après anesthésie médullaire par la cocaïne (1); depuis un an, sauf dans un cas, tous les fibromes que j'ai eu à opérer ont été énucléés par la voie abdominale et je vous ferai sur ce point une communication.

---

(1) Voyez *Sem. Médic.*, juin 1900.

Chondrome du pied à point de départ osseux.

M. Picqué. — J'ai l'honneur de présenter à la Société un moulage et une pièce qui m'ont paru assez intéressants pour retenir pendant quelques instants l'attention de la Société.

Il s'agit d'une dame qui se présenta à moi dans les conditions suivantes : Depuis quelques années elle présentait la déformation représentée par le moulage et siégeant au niveau de la région plantaire, au voisinage du calcaneum. Cette lésion était restée jusque dans ces derniers temps absolument indolente; depuis quelques mois, la déformation a considérablement augmenté et le membre est devenu le siège de douleurs lancinantes, excessivement vives.

Je pensais qu'il devait s'agir d'un chondrosarcome, mais, avant de proposer une amputation qui me paraissait nécessaire, je l'adressai à M. le professeur Berger pour avoir son avis.

M. Berger confirma mon diagnostic et admit la nécessité de recourir à une opération que je pratiquai et qui se termina par une réunion immédiate.

La dissection de la pièce démontra l'existence d'une tumeur multilobée en rapport avec le canal plantaire, mais dont le point de départ n'a pu être absolument déterminé.

Ce qui me paraît peut-être plus intéressant à vous signaler, c'est le résultat de l'examen histologique, qui a démontré l'existence d'un chondrome pur.

C'est là un fait qui a déjà été signalé dans d'autres régions, et en particulier au niveau du maxillaire supérieur, que parfois le chondrome tout en conservant la forme pure peut affecter une marche rapide qui le rapproche du cancer et peut même, par la repullulation post-opératoire, qui se produit quand la tumeur n'a n'a pas été enlevée complètement, faire croire à l'association du chondrome avec le sarcome.

Présentation de radiographies.

Radiographies pour corps étranger de la main.

M. Michaux. — Les deux épreuves radiographiques que je vous présente m'ont guidé pour l'extraction d'une aiguille logée depuis huit ans dans le doigt médius d'une malade qui ignorait l'existence de ce corps étranger.

Le Secrétaire annuel,

Ad. Jalaguier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 20 JUIN 1900

Présidence de M. RICHELOT.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la semaine.

A l'occasion du procès-verbal.

M. TERRIER. Messieurs, c'est avec regret que je prends la parole pour un fait personnel. Aussi vais-je être aussi bref que possible, et d'avance je vous demande pardon de vous parler de moi, c'est-à-dire de vous faire perdre votre temps.

A propos de la très intéressante discussion sur l'asepsie, M. Picqué, *élargissant la question* selon son expression, est venu nous signaler la défectuosité de nos services hospitaliers. Cette question — *discutable ailleurs qu'ici* — n'est pas neuve, et je lui ferai observer que si les services de Cochin et de Boucicault ont été créés, c'est qu'alors, le directeur de l'Assistance, mon ami M. Peyron, s'est efforcé de suivre les indications que je lui avais fournies, dans une lettre rendue publique, il y a quelque dix ans.

Prenant comme exemple de cette mauvaise organisation le service dans lequel il m'a succédé à Bichat, M. Picqué lui a adressé, et par conséquent m'adresse, des reproches que je tiens à relever et à discuter.

Tout d'abord, jamais je n'ai donné ce service comme un service modèle; car la non-séparation des septiques et des aseptiques, que j'ai toujours revendiquée, n'y existait pas. De plus, il n'est guère d'année où je n'aie réclamé contre son encombrement, et à propos de l'absence absolue d'hygiène pour mes malades, mes

blessés et mes opérés. Que M. Picqué daigne relire mes comptes rendus annuels et il sera édifié à ce sujet.

Les critiques les plus acerbes sont celles que notre collègue adresse à la salle d'opérations; or elles sont inexactes. La salle d'opérations dite *aseptique*, et le pavillon des opérés ne servaient pas *de lieu de passage* comme l'affirme M. Picqué. Les familles des malades, les filles de service, les aliments et le contraire de la cuisine, passaient par la porte située au rez-de-chaussée. Seules les surveillantes du service des femmes et du service du pavillon, chargées de préparer les opérations, pénétraient dans l'amphithéâtre.

Si, lorsque M. Picqué a pris le service, il en était autrement, il ne peut m'en rendre responsable, c'était à lui de veiller à la stricte observation des règles établies par son prédécesseur, règles datant de plusieurs années.

Dans cette salle d'opérations, dit M. Picqué, il n'y a pas d'eau stérilisée; il n'existe que pour *la forme* un chauffe-bains où l'eau n'a jamais été stérilisée et une seule bougie Chamberland.

Or, ces assertions sont encore inexactes : le chauffe-bains, si méprisé par notre collègue, stérilise très bien l'eau filtrée par les bougies Chamberland; je puis d'autant mieux l'affirmer, que des recherches ont été faites sur ce point par mon élève, M. Morax, avec le contrôle du directeur du Laboratoire de Pasteur. J'ai même communiqué ces résultats à la Société de chirurgie à propos d'une discussion sur l'emploi de l'eau bouillie.

En trois quarts d'heure, l'eau est stérilisée par l'ébullition, n'en déplaise à M. Picqué.

L'eau pénétrant dans le susdit chauffe-bains était d'abord fournie par une bougie filtrante, puis, ultérieurement, par *trois bougies* nettoyées tous les jours par l'ébullition, quelquefois même deux fois par jour.

Cette eau était bouillie pendant trois quarts d'heure à une heure, et, seule, elle était utilisée pendant les opérations. Quant au réservoir de 10 litres, si critiqué par M. Picqué, il ne servait qu'à compléter dans une certaine mesure le lavage des mains, commencé sous un robinet d'eau ordinaire.

Ces deux lavages faits, les mains étaient lavées avec de l'eau stérilisée venant du malheureux chauffe-bains. Or, cela suffisait pour les stériliser, comme je l'ai déjà dit ici même.

Je n'ai pas eu l'honneur probablement d'opérer devant notre collègue, et cela je le regrette beaucoup, car cela lui aurait évité de formuler, contre la pratique du chirurgien de Bichat et de ses assistants et élèves, des accusations absolument inexactes.

Cela l'aurait empêché de faire une *sombre description* de ce

pauvre petit amphithéâtre, où j'ai fait si longtemps de la chirurgie, sans m'en trop repentir d'ailleurs.

Que M. Picqué sache qu'à l'hôpital Bichat le constructeur Tollet n'avait oublié qu'une chose : les amphithéâtres pour opérations.

Que M. Picqué me pardonne de lui avoir laissé un amphithéâtre *modeste*, et non un monument en marbre blanc, comme celui de Roswelt Hospital, muni d'appareils hydrauliques des plus perfectionnés.

D'ailleurs M. Picqué ne cache pas que l'ex-chirurgie de Bichat n'est pas brillante — comme la sienne —, malgré l'*habileté manuelle* du chirurgien, habileté qu'il daigne reconnaître, ce dont je ne saurais jamais trop le remercier ; la mortalité de 17 sur 120 laparotomies lui semble un chiffre *réellement énorme*.

D'abord il s'agit de 137 opérations et non de 120, ce qui donne 12.40 p. 100 de mortalité.

Or, quand on opère tout ce qu'il est possible d'opérer, n'ayant pour but que de sauver le patient, quand on fait entrer dans la même statistique les opérations d'urgence et les opérations ordinaires — séparation prudemment faite par M. Picqué dans la statistique qu'il publie aujourd'hui — je soutiens qu'une mortalité de 12.40 p. 100 n'est pas aussi *énorme* que notre collègue veut bien l'affirmer. Du reste, je ne veux pas le suivre sur ce point, car j'arriverais à lui demander comment qualifier une mortalité de 5 sur 16 opérations.

La question discutée en ce moment à la Société de chirurgie doit rester au-dessus de ces *mesquines revendications*, qui loin de l'élargir, ne font au contraire que la rétrécir.

C'est pourquoi je vous prie, en terminant, de me pardonner la perte de votre temps.

M. Tuffier. — J'ai écrit dans le dernier Bulletin : « M. Albarran nous dit qu'il a aggravé des centaines d'affections vésicales par le cathétérisme », et je tiens à faire la correction qui répond à la vérité : « M. Albarran nous dit qu'il a *vu* aggraver par le cathétérisme *urétral* ». Je ne veux pas laisser un instant peser ces accidents sur la pratique de notre collègue.

Cryptorchidie intra-abdominale.

M. Routier. — Dans la dernière séance, à la suite de la communication de M. Lucas-Championnière, j'ai pris la parole pour dire que dans un cas de cryptorchidie complète et bilatérale j'avais, pour remédier à de violentes crises de douleurs, opéré un jeune homme de vingt et un ans. Pris au dépourvu, j'ai rappelé cette observation de mémoire ; or, elle me paraît trop intéressante pour être ainsi écourtée, d'autant qu'après d'assez longues recherches dans la littérature médicale, je n'ai pas trouvé de cas analogue.

Voici cette observation : En septembre 1898, on apporta dans mon service, à Necker, un garçon de vingt et un ans, de taille moyenne, d'assez bel aspect, qui souffrait dans les deux fosses iliaques : le ventre était tendu, il avait eu quelques nausées. Après avoir cherché en vain à porter un diagnostic, je m'aperçus que le scrotum de ce garçon était complètement vide, que, ni à droite ni à gauche, on ne pouvait sentir les testicules; en comprimant les régions inguinales des deux côtés on augmentait les douleurs.

Poussant mes investigations, j'appris que jamais ce garçon n'avait vu ses testicules à leur place; cependant, dès l'âge de treize ans, il avait de fréquentes érections; il se livra quelquefois à la masturbation, qui était suivie d'éjaculations et d'une légère douleur dans les deux aines.

A dix-huit ans, il commença à coïter, une ou deux fois par mois; il aurait pu plus souvent, dit-il, car il avait en travaillant des érections fréquentes qu'il faisait cesser par la masturbation.

Il n'a jamais eu de pollutions nocturnes. En 1892, il eut une crise de péritonite sans cause, qui dura trois ou quatre jours.

Depuis janvier 1897, il sentait à droite, quand il était debout, une petite grosseur dans la partie la plus élevée du trajet inguinal. En 1898, il fait la connaissance d'une jeune fille qu'il voit environ trois fois chaque semaine et chaque fois il pratique au moins trois coïts.

Ses douleurs inguinales redoublent et le gênent.

En août 1898, il prend la chaudepisse avec sa maîtresse et rompt avec elle, il va se faire soigner à l'hôpital Ricord.

C'est pour une crise douloureuse plus violente que d'habitude, qu'il fut admis dans mon service en septembre 1898.

Le repos le calma; après un premier séjour d'une semaine, je le laissai sortir, non sans lui avoir dit qu'on pouvait le soulager définitivement par une opération; mais croyant qu'il s'agissait de l'ablation de ses testicules, il s'en alla.

Les douleurs reparaissant plus fortes, il revint en octobre.

On ne sentait absolument rien à gauche qui pût faire soupçonner la présence des testicules; la pression en avant de l'épine iliaque antérieure et supérieure était douloureuse.

A droite, côté le plus douloureux, et douloureux spontanément, on soupçonnait dans la partie haute du canal une petite tuméfaction. Pas de hernie.

Je lui fis accepter une opération, sous la promesse formelle que je conserverais les testicules à tout prix; mon but était, du reste, de les sortir de l'abdomen et de les fixer dans les bourses.

Voici quelle fut mon opération.

Le 11 octobre 1898. A droite : je mets à nu le canal inguinal, je résèque 3 ou 4 ganglions situés en avant du trajet, j'ouvre le canal, et je trouve un cordon molasse au milieu duquel je reconnais le déférent. Pour le suivre, je dois couper les vaisseaux épigastriques entre deux ligatures; je puis alors, tirant sur ce cordon, amener le testicule caché dans la vaginale, mais, comme celle-ci se continue étroitement avec le péritoine de la fosse iliaque, le testicule ne vient pas.

J'ouvre la vaginale, qui était close; le testicule apparaît presque aussi gros qu'un testicule normal et d'une bonne consistance; l'épididyme est sur son bord inférieur, la tête de l'épididyme est sur le pôle supérieur; après la queue très allongée, le cordon contenant le déférent allait jusqu'à l'orifice inférieur, pubien, du canal inguinal et se continuait avec un trousseau fibreux, comme le gubernaculum testis, qui s'implantait sur l'épine pubienne et dans les bourses.

Malgré toutes les sections que je pus faire, il me fut impossible de faire descendre le testicule au-dessous du milieu du trajet inguinal.

Pensant que les douleurs provenaient sans doute de la compression du testicule ectopié, mais fixé, par la contraction musculaire, je libérai de mon mieux la glande, que je laissai libre dans l'abdomen, rattachée seulement à la paroi par la vaginale ouverte, et fermant la paroi par un surjet péritonéal, je fis la reconstitution du trajet inguinal comme dans les hernies.

Je trouvai identiquement la même chose à gauche; le testicule était peut-être encore plus haut; je me comportai de la même façon.

La guérison se fit sans le moindre incident.

Depuis cette époque, j'ai eu souvent de ses nouvelles; il m'a écrit, me disant « que jamais plus il n'avait souffert, qu'il avait repris ses *petites fonctions* et que surtout deux ou trois mois après l'opération, il s'était bien rattrapé, qu'il était fort content de lui à ce sujet et sa petite amie aussi. »

Malheureusement, avant comme après, son sperme est privé de spermatozoïdes.

Je le répète, je n'ai pas trouvé d'observations analogues : testicules absolument intra-abdominaux, et cependant de volume normal, avec vaginale complète et épididyme.

Je ne crois pas non plus qu'on ait de parti pris libéré de testicules ectopiés pour les laisser libres dans l'abdomen.

Communication.

Excision postéro-latérale du scrotum combinée avec la résection des veines dans les varicocèles compliqués,

par M. J. BRAULT, membre correspondant de la Société.

Dans la séance du 6 juin 1900, après la communication de M. Loison sur le procédé de Narath, une discussion s'est élevée sur la meilleure conduite à tenir vis-à-vis du varicocèle.

A ce sujet, je tiens à soumettre à la Société un procédé mixte dont je me sers depuis 1895, dans les varicocèles compliqués.

Ce procédé d'exception trouve ses indications dans les conditions suivantes :

Varicocèles très douloureux, malgré le suspensoir, varicocèles s'accompagnant d'accès gastralgiques après la réduction, varicocèles incomplètement réductibles, présentant des ectasies considérables avec incrustations calcaires, varicocèles ayant résisté à la méthode de choix (résection bilatérale du scrotum) (1).

Voici, très résumés, les principaux temps de la méthode :

1er *temps. — Excision scrotale ovalaire postéro-externe.* — Deux grandes pinces courbes délimitent un pli vertico-latéral en forme de croissant allongé. La prise doit être faite en bonne place, c'est-à-dire dans la région postéro-latérale, car si l'on empiétait trop en avant, on obtiendrait un résultat inattendu, et l'on arriverait presque au procédé transversal, ainsi que nous nous en sommes rendu compte autrefois sur le cadavre, avant d'appliquer la méthode sur le vivant.

Excision du pli scrotal délimité par les pinces, enlèvement de ces dernières, hémostase rapide de la plaie.

2e *temps. — Attaque du cordon, excision des paquets veineux.* —

(1) C'est la méthode que j'emploie toujours de préférence dans les cas simples.

La vaste brèche ovalaire ainsi obtenue est en bonne place et mène directement, dans toute sa partie supérieure, sur le cordon ; il suffit de faire opérer une légère traction sur l'appareil testiculo-funiculaire pour travailler tout à son aise et aller à la recherche des paquets veineux. Après incision de la crémastérine et de la fibreuse, on lie et on résèque les veines. Chaque canal veineux est isolé par une dissection minutieuse et réséqué entre deux ligatures ; j'ai toujours soin de comprimer le vaisseau, s'il se gonfle en aval, je pose le premier fil.

L'intervention sur les veines une fois accomplie, on rhabille le cordon, à l'aide d'une suture perdue à la soie.

3e *temps.* — Reste à fermer la plaie ovalaire. Prenant le milieu de la figure formée par la surface cruentée comme charnière virtuelle, on rabat la moitié inférieure de l'ovale sur la partie supérieure, et l'on obtient ainsi une ligne de sutures en forme de *V renversé.*

Telle est la description très succincte de la technique que j'ai développée dans deux articles (*Lyon médical*, 13 septembre 1895 et *Archives provinciales de chirurgie*, juin 1899). Ces deux mémoires sont accompagnés d'aileurs de *figures explicatives.*

En dehors des indications ci-dessus signalées, l'intervention peut s'appliquer à certains autres cas compliqués, c'est ainsi que dans une de nos observations, nous avons rencontré en même temps qu'un varicocèle très noueux, une persistance du canal vagino-péritonéal, remontant jusqu'à l'anneau inguinal superficiel. Notre excision, ovalaire postéro-externe, nous a permis à la fois de refermer la vaginale, de poursuivre le trajet supérieur et de réséquer les paquets variqueux.

La technique pourrait s'adapter également bien à la combinaison d'une hydrocèle avec un varicocèle ; elle pourrait aussi convenir, dans sa première partie, aux hydrocèles volumineuses accompagnées de surdistension scrotale, et compter comme adjuvant de leur cure radicale.

Le résultat primitif de la résection postéro-latérale avec excision des veines est très satisfaisant (1), il est toutefois deux petits inconvénients à signaler. L'extrémité de la languette rabattue qui forme la pointe du V n'est pas toujours très bien nourrie, et de ce fait un ou deux points de la suture peuvent céder ; enfin la cicatrice est en place pour frotter dans les premiers temps de la convalescence et demande plus de ménagements que le raphé médian artificiel. Dans presque tous mes cas, la guérison a été obtenue entre dix et quinze jours.

(1) La bourse du côté réséqué est vraiment très relevée.

Quant aux résultats éloignés, sur neuf sujets, quatre ont été suivis pendant une période de temps qui varie de quelques semaines à une année, cinq, par contre, ont été observés pendant plus de deux ans. Chez ces derniers, malgré les chaleurs, les fatigues, l'intervention s'est montrée très efficace, d'une façon parfaitement durable; après l'intervention, nous n'avons pas constaté d'accentuation de l'atrophie testiculaire, lorsqu'elle existait déjà un peu au préalable, comme c'est l'habitude dans les varicocèles anciens et compliqués.

Il serait trop long de rapporter ici mes observations qui seront d'ailleurs produites très prochainement dans une thèse; je dois dire toutefois que parmi mes neuf opérés pour varicocèles très douloureux, je compte deux récidivistes qui avaient cependant été opérés par des collègues tout à fait au courant de la résection bi latérale du scrotum.

Rapports.

Occlusion intestinale opérée vingt-quatre heures après l'accouchement, par M. Morestin

Rapport de M. ROCHARD.

L'observation de M. Morestin sur laquelle vous m'avez chargé de faire un rapport a trait, comme le titre vous l'indique, à une intervention faite vingt-quatre heures après l'accouchement pour des accidents ayant débuté au terme même de la grossesse; les accidents étaient ceux de l'occlusion intestinale, occlusion produite par un mécanisme d'une forme toute particulière. Cette observation est donc doublement intéressante et c'est pour cette raison que je vais vous en donner lecture :

Le 26 août 1899, M. Morestin était appelé à onze heures du soir à la Maternité, dans le service de M. Porak, pour une accouchée dont l'état inspirait les plus graves inquiétudes. C'était une infirmière de l'hôpital Broussais, Germaine X..., âgée de vingt-neuf ans, d'une constitution robuste. Cette femme n'avait jamais eu d'autre maladie que des accidents péritonéaux survenus brusquement en 1895 et qui avaient été attribués à une appendicite. Un chirurgien appelé à la voir jugea, paraît-il, son cas désespéré et ne l'opéra point. Cependant elle fut remise en quelques jours, n'ayant reçu que des soins purement médicaux, et même se maria peu après. Une première grossesse, en 1896, se termina heureu-

sement. Mais l'enfant, envoyé en nourrice, succomba au bout de trois ou quatre mois, et sa mort fut imputée à une méningite.

Une deuxième grossesse commença vers la fin de l'année 1898. Les dernières règles datent du 15 novembre.

Cette fois elle eut pendant presque toute la durée de la grossesse de l'albumine dans les urines. Il y en avait à peu près 1 gramme par litre le jour de l'accouchement.

Le 24 août, vers dix heures du soir, elle est prise de douleurs dans la tête, le creux de l'estomac, le bas-ventre. Toute la nuit elle est tourmentée par ces douleurs et par de continuelles nausées. Le lendemain elle est transportée à la Maternité. Le 25 août à son entrée, vers midi, on constate qu'il y a un début de travail, que l'enfant est vivant et se présente en OIDP. On note encore que l'état général est mauvais, le facies pâle, tiré, le pouls rapide. En quelques heures la parturiente vomit à plusieurs reprises, et rend chaque fois en abondance un liquide bilieux. Elle est en outre dans un état de subdélire qui, rapproché de la céphalalgie, des douleurs épigastriques, de la présence de l'albumine dans les urines, fit craindre d'abord l'apparition de crises éclamptiques. Cependant la dilatation s'effectua rapidement, et à six heures, cette femme accouchait d'une manière très régulière d'un assez gros enfant, bien vivant, et la délivrance complète s'effectuait spontanément. Mais presque aussitôt la malade se plaint de vives douleurs dans le ventre.

Une heure après l'accouchement, la malade est examinée par la sage-femme en chef qui constate au-dessus de l'utérus et nettement distincte de lui, une sorte de masse bilobée située à gauche de l'ombilic. Elle pensa d'abord qu'il s'agissait peut-être de fibromes plus ou moins ramollis, puis émit l'hypothèse plus probable qu'il s'agissait d'une sorte de volvulus. Les vomissements continuent toute la nuit et la journée du lendemain.

Des applications de glace sur le ventre avaient d'abord modéré les douleurs, mais leur inefficacité fut bientôt évidente. On entoura alors l'abdomen de compresses très chaudes qui amenèrent encore une sédation temporaire. Le ventre se ballonnait; de bilieux, les vomissements devenaient fécaloïdes, la respiration s'accélérait, ainsi que le pouls. Il n'y avait eu ni selle, ni gaz depuis l'entrée de la malade à la Maternité, le 25 à midi.

Quand M. Morestin arriva près de la malade, on lui annonça qu'elle venait de rendre une selle, et, nous dit-il, le parfum qui remplissait la salle aurait pu faire croire que c'était vrai. Mais c'était l'odeur des liquides qu'elle vomissait incessamment.

Par l'anus, elle n'avait expulsé qu'une insignifiante quantité de

matières fécales délayées dans un lavement qu'on lui avait administré.

L'état de la malade était grave. Elle faisait mauvaise impression : facies très pâle, les yeux profondément encavés, tous les traits effilés et tirés, agitation inconsciente, pouls à 140, bien que la température dépassât à peine la normale.

Le ventre était un peu ballonné, assez souple cependant pour qu'on pût percevoir sans peine, à la palpation, une tumeur occupant la région ombilicale, à gauche de la ligne médiane et la dépassant en haut vers l'épigastre et à gauche vers l'hypocondre. Cette tumeur était rénitente, arrondie, mobile dans l'abdomen, douloureuse à la pression et complètement sonore à la percussion. M. Morestin pensa qu'il s'agissait d'une occlusion, probablement due à un volvulus, et que la tumeur était formée par une anse très dilatée.

M. Morestin fit sans retard la laparotomie. Une incision de 12 centimètres fut pratiquée sur la ligne médiane à cheval sur l'ombilic. Le péritoine ouvert, il s'écoula d'abord une assez grande quantité de sérosité sanguinolente. L'épiploon relevé, il aperçut l'intestin prodigieusement distendu. Il attira à l'extérieur cette anse dont la coloration était d'un rouge intense et la surface couverte de fausses membranes. Elle formait une masse plus grosse qu'une tête de fœtus à terme. Il s'agissait de l'intestin grêle. Il était difficile d'être fixé sur la cause de l'étranglement. Après examen attentif, M. Morestin constata qu'il y avait tout d'abord une torsion de l'anse. Elle était tordue de gauche à droite, de plus de 180 degrés. Il fut relativement aisé de la détordre par rotation de droite à gauche, après destruction de quelques fausses membranes formées autour du pédicule tordu. Mais cette manœuvre exécutée, on put se rendre compte qu'elle serait inutile si on laissait les choses en l'état, car il subsistait un agent d'étranglement enserrant les deux pédicules de l'anse distendue. Celle-ci avait passé à travers un orifice dont on sentait les bords rigides étroitement appliqués à l'anse. Autour de cette anse, on apercevait quelques anses flasques ou modérément distendues dont, au premier abord, on ne saisissait pas bien les rapports avec l'anse distendue. M. Morestin finit cependant par se rendre compte que l'anse avait passé à travers un orifice de son propre mésentère. La réduction s'opéra en masse sans trop de peine, après agrandissement par déchirure prudente de l'orifice et immédiatement les gaz distendirent rapidement de proche en proche les anses flasques en même temps que l'anse étranglée diminuait rapidement de volume. Ayant ainsi la certitude d'avoir levé l'obstacle, M. Morestin ferma rapidement la paroi abdominale.

Les suites de cette intervention furent des plus simples. Dès le troisième jour, il était évident que la partie était gagnée. Admirablement soignée dans le service de la Maternité, la malade a repris à vue d'œil la bonne mine, la gaieté. Elle n'a jamais eu de fièvre. Le cinquième jour, un lavement a amené une selle très abondante et, depuis, les garde-robes ont été régulières et quotidiennes. Dès le lendemain de l'intervention, elle avait rendu des gaz. Les fils ont été coupés le douzième jour et la réunion de la plaie pariétale était rigoureusement parfaite.

Cette très curieuse observation nous montre d'abord que même chez la femme accouchée, atteinte des accidents graves de l'occlusion intestinale, une opération peut être menée à bonne fin. Il ne faudra donc pas hésiter à prendre le bistouri dans pareille circonstance.

De plus, M. Morestin a pu constater une forme toute particulière et encore inconnue, à ma connaissance du moins, d'étranglement interne compliqué de volvulus. Comment s'est produite cette boutonnière dans le mésentère? Etait-elle accidentelle? Etait-elle congénitale? Ce sont des hypothèses qu'on ne peut pas discuter, mais cette ouverture anormale paraît avoir été la cause des premiers accidents mentionnés en 1895 dans l'observation.

M. Morestin nous dit qu'il n'a pas obturé l'orifice, ce qui fait que son opérée pourrait être de nouveau atteinte des mêmes accidents. Un surjet rapidement fait eût suffi pour mettre les bords séreux de la boutonnière au contact et faire disparaître ainsi la cause de l'étranglement; mais M. Morestin avoue qu'il avait affaire à une malade tellement déprimée, qu'il a voulu terminer son opération le plus rapidement possible.

Constatons qu'au point de vue opératoire, la chose s'est passée le plus simplement du monde; que le signe de Wahl, si rarement reconnu, était ici manifeste et a permis au chirurgien d'arriver directement sur l'anse occluse sans se livrer aux recherches si longues et si délicates au milieu d'un intestin dilaté.

M. Morestin, en terminant, nous apprend qu'immédiatement avant d'être appelé à la Maternité comme chirurgien de garde, il faisait une laparotomie pour péritonite suppurée à l'hôpital de la Charité, ce qui n'était pas sans le préoccuper sur la possibilité d'une infection opératoire; mais il s'est tellement lavé les mains et les a tellement baignées dans des liquides antiseptiques, y compris la teinture d'iode, qu'il a pu se mettre à l'abri de toute inoculation.

En terminant, Messieurs, je propose d'insérer l'observation de M. Morestin dans nos Bulletins, et je me permets d'attirer votre

attention sur son nom pour le jour où il sera candidat à la Société de chirurgie.

Nœud épiploïque dans une hernie inguinale. Hydrocèle enkystée du cordon et hydrocèle vaginale concomitante, par M. Chavannaz (de Bordeaux).

Rapport par M. BROCA.

M. Chavannaz nous a envoyé l'observation d'un garçon de dix-sept ans qui a été reconnu atteint d'hydrocèle à l'âge de vingt-deux mois. Après avoir posé ce diagnostic, les deux médecins qui le soignaient lui ont conseillé de voir un bandagiste, qui appliqua un bandage. Et il paraît qu'il n'y ait pas eu de tumeur à réduire lorsque, le matin, le jeune homme remettait son bandage retiré pour la nuit. Mais le 7 septembre dernier sortit une tumeur irréductible, sans aucun signe d'étranglement intestinal. Après plusieurs jours de taxis infructueux, on appela le 12 septembre M. Chavannaz, qui trouva une tumeur scrotale droite, grosse comme un œuf de poule. En bas, il y avait une hydrocèle vaginale évidente, transparente, avec testicule au lieu d'élection; il semblait certain que la collection liquide occupait une poche unique, ce que l'opération démontra erroné. Au-dessus de l'hydrocèle se détachait un cordon dur, cylindrique, gros comme le médius, indolent, mat, irréductible, se prolongeant dans le canal inguinal. Diagnostiquant une épiplocèle, M. Chavannaz opéra et il constata qu'en réalité la tumeur liquide inférieure était formée de deux parties : un kyste du cordon au-dessus d'une hydrocèle vaginale. Le point intéressant est que dans le kyste faisait saillie le sac herniaire contenant en effet de l'épiploon. La disposition ressemblait à celle de la hernie enkystée de la tunique vaginale décrite par A. Cooper et Bourguet (d'Aix), mais avec feuillet séreux séparant l'intestin (ou l'épiploon) du liquide vaginal.

La pointe de l'épiploon adhérait à la petite partie du sac saillante dans le kyste. Après cure radicale, la pièce fut examinée et M. Chavannaz constata que le bout de l'épiploon, gros comme le pouce, formait une boucle, et à 4 centimètres de la convexité de l'anse, s'enroulait autour du cordon épiploïque en deux tours de spire assez peu serrés. C'est au-dessus de cette bague que l'épiploon adhérait à la séreuse.

Ce fait anatomo-pathologique est intéressant. M. Chavannaz

au cours de quelques recherches, n'a pas trouvé son semblable, mais il suffit de signaler la chose à titre de document. Je ferai encore remarquer que l'opéré affirmait nettement la réductibilité de la tumeur; or l'état anatomique démontra que cette réduction était seulement apparente. C'est un fait que souvent j'ai constaté chez des malades opérés pour des épiplocèles adhérentes qu'ils croyaient réduire sous le bandage.

Je vous propose d'adresser nos remerciements à M. Chavannaz et de déposer son travail dans nos archives.

Lecture.

M. Pauchet lit une communication intitulée : *Cancer en nappe de l'estomac; extirpation totale de l'organe avec abouchement termino-terminal de l'œsophage et du duodénum.* — Renvoyé à une commission : M. Guinard, rapporteur.

Discussion

Tuberculose rénale et cathétérisme urétéral.

M. Bazy. — Messieurs, je n'aurais pas pris la parole dans la discussion sur la tuberculose rénale, mes opinions sur ce sujet étant d'accord avec celles que tout le monde, ou presque tout le monde, professe à l'égard des autres tuberculoses dites locales, si je n'y avais été invité par deux phrases de M. Albarran.

1° Celle où il dit qu' « il est un préjugé répandu qui fait croire (*sic*) à la difficulté extrême, à la presque impossibilité de connaître l'état des deux reins ».

2° Celle où il dit : « Il est un procédé qui permet d'opérer presque à coup sûr..., c'est le cathétérisme urétéral. »

Cette façon de créer, de supposer des difficultés insurmontables pour se donner le mérite de les résoudre n'a rien de scientifique; c'est pourquoi j'ai cru devoir protester.

Et j'ai bien fait, puisque ma protestation a amené mes collègues Routier et Ricard à citer des faits où ils avaient mené à bien des interventions sur le rein sans le secours du cathétérisme. J'irai même plus loin tout à l'heure en vous montrant que notre collègue Ricard aurait pu ne rendre aucun service à sa malade et aurait

pu même lui être nuisible, s'il avait été, suivant les expressions que lui a dictées sa malicieuse modestie, plus compétent en maladies des voies urinaires.

Mais il y a plus. M. Albarran nous a mis en demeure d'apporter nos observations sur ce procédé simple et facile, applicable chez presque tous les malades, sans danger, et d'une grande utilité pour établir les indications de l'intervention dans la tuberculose rénale.

Messieurs, parler ainsi, mettre en regard de la difficulté, de la presque impossibilité de diagnostiquer l'état des reins, mettre en regard, dis-je, un procédé simple et facile, etc., c'est condamner à l'avance tous les chirurgiens qui n'emploient pas ce procédé, c'est engager leur responsabilité, j'allais presque dire : c'est les accuser d'opérer à tort et à travers, c'est presque les déclarer coupables.

Si M. Albarran n'avait, sur cette question de la tuberculose rénale, fait que greffer celle du cathétérisme urétéral, s'il s'était borné à nous dire qu'il lui rend de grand services, s'il n'avait pas ajouté qu'il est sans danger, il est très probable, même certain, que je n'aurais pas pris la parole.

Mais j'ai tenu à la prendre pour qu'on ne crût pas que la Société de chirurgie acceptait sans protester les doctrines qui ont été professées ici, pour qu'elle pût du moins juger en connaissance de cause. Et cette discussion n'aurait-elle servi qu'à mettre les choses au point, cela suffirait et je m'en féliciterais.

Il ne peut pas s'agir ici de discussions passionnées, comme l'a dit à deux reprises mon ami Routier, ni de procédés de polémique, comme l'a dit M. Albarran. J'ai discuté avec des faits, et les faits n'ont ni couleur ni passion.

Je montrerai tout à l'heure des procédés de polémique dans l'argumentation de M. Albarran.

Pour le moment, je vous dirai que si j'avais voulu, suivant l'heureuse et opportune expression de mon ami Routier, passionner le débat sur le cathétérisme urétéral, je ne m'y serais pas pris autrement qu'il ne l'a fait.

Car, au lieu de se borner à des arguments purement scientifiques, il s'est plu à nous décrire toutes les difficultés du cathétérisme : « la lampe brûle, l'électricité ne marche pas, le prisme s'obscurcit ».

Puis, passant au cathétérisme urétéral lui-même, il nous montre « des élèves d'Albarran, avec la meilleure installation du monde, ne pas réussir le cathétérisme, engager la sonde à un centimètre, n'avoir aucun renseignement par conséquent ».

Mais bientôt, se ravisant, et pour nous montrer son impartialité, il s'empresse, d'une part, de nous dire que de temps en temps, il

fait cathétériser quelques-unes de ses malades, et, d'autre part... de ne nous fournir aucun résultat opératoire à l'appui de son dire.

Cette sorte de justice distributive est évidemment d'un très bon exemple au point de vue confraternel, mais (mon ami Routier me permettra cette réflexion) d'un déplorable exemple au point de vue scientifique.

La critique qu'a faite M. Routier du manuel opératoire du cathétérisme urétéral pour lequel, vous le voyez, il a des sympathies, est le meilleur des arguments qu'on puisse employer contre les expressions : « procédé simple et facile ».

J'avais dit, dans ma communication, que la laparotomie exploratrice, que l'incision lombaire et la néphrotomie exploratrice étaient des procédés simples et faciles ; j'ai à m'excuser de n'avoir pas appuyé sur le sens ironique de ma comparaison : seul, je crois, M. Albarran ne m'a pas compris. C'est pourquoi je le répète, et je vais le prévenir que je parle maintenant sérieusement: une néphrotomie exploratrice est moins grave que le cathétérisme de l'uretère à travers une vessie infectée, parce que, dans la néphrotomie, on est maître de son asepsie, tandis que dans le cathétérisme urétéral, fait dans ces conditions, on n'en est pas maître.

Du reste, M. Albarran est convaincu de la bénignité de l'opération de la néphrotomie.

J'ai cité des conditions assez nombreuses qui empêchent le cathétérisme urétéral, et parmi ces conditions j'avais signalé les rétrécissements de l'urètre.

Nous devons, à ce sujet, remercier M. Albarran de nous apprendre qu'on les dilate, et il aurait pu ajouter qu'il faut les dilater jusqu'au n° 25 de la filière Charrière, ce que quelques rétrécissements ne permettent pas; et, en attendant cette dilatation, les lésions peuvent s'aggraver et l'opération se faire trop tard.

J'avais parlé de la tuberculose rénale dans l'enfance et de l'impossibilité de faire le cathétérisme chez les enfants. M. Albarran nous dit qu'elle est rare dans l'enfance. Or je lis dans son article « Tuberculose rénale » du *Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet, p. 849 : « Le maximum de fréquence de l'affection se voit de treize à trente ans : on observe *aussi fréquemment* la tuberculose rénale dans l'enfance, spécialement sous la forme granulique. » Il y a là une contradiction que je ne fais que signaler.

Quand on n'a qu'un moyen de diagnostic et que ce moyen de diagnostic est impossible à appliquer dans un certain nombre de cas, il n'a plus de valeur; et quand on en a d'autres, il ne doit plus être qu'un procédé d'exception, et il ne doit être appliqué,

quand il peut l'être, que si les autres moyens ne donnent pas satisfaction complète.

Or M. Albarran n'a cité, dans sa première communication, que ce seul moyen, et ce n'est que dans la deuxième communication qu'il nous dit qu'il emploie les autres moyens, dont il néglige du reste de nous indiquer la valeur.

J'en ai fini avec la facilité et la simplicité du cathétérisme urétéral.

J'ai dit qu'il était dangereux, et je l'ai prouvé en disant qu'il traumatisait les conduits urinaires, et si je dis qu'il les traumatise, c'est M. Albarran lui-même qui nous l'apprend, non pas ici, à la Société de chirurgie, non pas dans ses publications, mais dans les observations publiées par ses élèves, et il les traumatise avec des instruments qui ont pu frotter des surfaces infectées.

Un cas de mort dans ses observations m'a paru suspect à ce point de vue, et il le reste encore.

D'autres peut-être sont survenus; il ne me convient pas de me faire dénonciateur; c'est à chacun de nous à apporter ici les faits en toute bonne foi. Ce n'est pas moi qui aurais cité le fait de la dame des environs de Lille qui a été rapporté ici; on a nié l'influence du cathétérisme urétéral dans ce cas; il ne faut cependant pas oublier que cette dame est venue à Paris, par conséquent qu'elle était assez bien portante, qu'elle est morte à son retour dans son pays. Que s'est-il passé de tangible entre l'aller et le retour? Un cathétérisme urétéral. Simple coïncidence, dira-t-on.

Mais si M. Albarran veut prendre ses observations, il pourra peut-être vous signaler pas mal de coïncidences semblables.

Au lieu de cela, il emploie (et vous me permettrez l'expression) un procédé de polémique qui n'est même pas admis dans les milieux parlementaires : il engage la responsabilité de ses élèves, il engage la responsabilité de son chef, M. Guyon :

« Si j'étais assez aveugle pour ne point voir, dit-il, et mes élèves assez peu consciencieux pour suivre leur chef quand il est dans l'erreur, comprendrait-on que le chef de service, mon maître Guyon, n'ait jamais vu ces accidents, ou n'en ait pas tenu compte? »

Gros mots, Messieurs; et qu'un petit grain de mil eût bien mieux fait mon affaire!

Est-il exact que l'uretère saigne ou puisse saigner quand on le cathétérise? Est-il exact qu'on le traumatise et par suite qu'on puisse l'inoculer? Voilà à quoi se réduit la question.

Demander aux élèves de juger leur chef, c'est vouloir les exposer à recevoir les reproches que l'on fit à Cham, fils de Noé, et ce

n'est pas bien ; et puis, si les accidents graves se passent en dehors d'eux, ils ne peuvent frapper leur esprit.

Segnius irritant animos demissa per aures
Quam quæ sunt oculis subjecta fidelibus...

a dit depuis longtemps le poète.

Cependant, permettez-moi de vous lire ce passage d'un article de la *Revue de chirurgie* (10 mars 1900, p. 342).

« Dans les hydronéphroses simples, il est superflu de rechercher l'état du rein opposé ; il n'y a pas de raison pour qu'il soit malade. Le cathétérisme de l'uretère de ce côté peut être pratiqué ; ce sera un précieux moyen de recherche scientifique ; mais, dans la pratique, on peut s'en passer, il est bon de s'en passer. (Remarquez-le : il est bon de s'en passer. Pourquoi est il bon de s'en passer, s'il est inoffensif ?) Dans les cas exceptionnels, où l'on se trouve en présence d'un rein unique, le cathétérisme de l'uretère serait précieux. Mais pour nous, qui défendons systématiquement la néphrotomie contre la néphrectomie, nous n'avons pas à nous occuper d'une telle éventualité. Dans les rétentions septiques, le cathétérisme urétéral est inutile (et pour les mêmes motifs). De plus, *il peut avoir des inconvénients*. Bien qu'il n'y ait pas à proprement parler de véritable cystite dans les suppurations rénales chirurgicales, il n'en est pas moins vrai que le milieu vésical, traversé par le contenu septique du rein, se trouve contaminé. La sonde urétérale, obligée de traverser ce milieu, peut, jusqu'à un certain point, contaminer ce rein sain. »

Si je vous disais que ces phrases appartiennent à un article fait par moi ou inspiré par moi, vous le croiriez sans peine ; si je vous disais qu'il appartient à M. Routier, vous le croiriez déjà un peu moins ; mais si je vous disais qu'il a été fait par M. Albarran ou par un de ses élèves à la conscience desquels il faisait appel, vous ne me croiriez pas du tout.

Eh bien, cet article est signé « Gosset », qui est, je crois, un élève de M. Albarran et de M. Guyon. M. Albarran rectifiera si je me trompe.

Quand j'avais entendu M. Albarran dire que le cathétérisme de l'uretère était sans danger et d'une grande utilité, j'avais demandé à notre bibliothécaire de me donner la *Revue de chirurgie* où était l'article de M. Gosset ; j'avais lu le paragraphe que vous venez d'entendre et je l'avais fait lire à mes voisins.

Mais je n'avais pas voulu le citer : il me répugnait de mettre en présence le maître et l'élève. M. Albarran, par ses procédés de discussion, a levé tous mes scrupules : c'est pourquoi je l'ai lu.

Vous voyez qu'il est admis par d'autres que par moi que ce cathétérisme est inutile et peut avoir des inconvénients.

Dans la pratique médicale, qui dit inutile dit nuisible ; en pathologie rénale, qui dit inconvénient dit danger.

Si l'on veut faire des recherches scientifiques, on n'a qu'à s'adresser aux espèces animales.

Et je le dis d'avance, si l'on m'objecte que le cathétérisme urétéral ou vésical donne lieu lui aussi à des accidents, et que cependant on continue à l'employer, je répondrai qu'on ne l'emploie et qu'on ne doit l'employer que *quand c'est absolument indispensable*, et je répéterai la phrase que j'ai employée : si je veux voir l'urine d'un malade, je le fais pisser, et je ne le sonde pas. S'il ne peut pas pisser, je le sonde, mais je ne le sonde que s'il a besoin d'être sondé.

Ceci m'amène à vous parler de l'utilité du cathétérisme urétéral.

A lire le chiffre des cas dans lesquels on l'a employé, il semble que ce soit un moyen indispensable, et qu'on doive l'employer dans tous les cas où l'on doit intervenir.

Vous venez de voir ce que pense Gosset.

J'avais objecté à M. Albarran qu'il ne l'avait pas fait dans près de la moitié des cas, il nous répond que six sont antérieurs à ses premiers essais de cathétérisme. C'était bien ce que je pensais; il avait donc pu à cette époque s'en passer. Il y a donc d'autres moyens de reconnaître l'état des reins, sans avoir recours au moyen simple et facile qui permet d'opérer presque à coup sûr.

Mais mes réflexions ont réveillé ses souvenirs et il publie deux autres observations, celles-ci *in extenso*. Eh bien, étudions-les ensemble, ces deux observations, et voici ce que nous voyons.

Examinons la première, l'observation cotée XVIII.

Veuillez la lire et vous reconnaîtrez comme moi que le cathétérisme a aggravé l'état de la malade.

Je n'insiste pas. Toutes ces réflexions viendront à leur temps, s'il y a lieu.

Dans l'autre, l'observation XIX, il est dit que le rein droit descend au-dessous de l'ombilic, que le cathétérisme de l'uretère droit est impossible : ce n'en est pas moins une observation portée à l'actif du cathétérisme urétéral. Voyons, je vous le demande en toute justice, messieurs, éprouveriez-vous le plus petit scrupule à opérer sans avoir fait le cathétérisme urétéral, un rein pyonéphrétique qui descendrait au-dessous de l'ombilic ?

Et voilà une observation où on nous parle de l'utilité du cathétérisme. J'ai convié M. Albarran à colliger les symptômes présentés par les malades, sans tenir compte des renseignements fournis par le cathétérisme, et j'ai ajouté qu'il vous prouverait

qu'on peut s'en passer dans l'immense majorité des cas. Je ne veux pas faire ce travail qui m'est pénible, mais vous pourrez trouver quantité d'observations, l'immense majorité des cas où ce moyen a été inutilement employé; vous verrez même une observation donnée comme un exemple de l'utilité de ce moyen de diagnostic, où il est question de *trois* litres de pus retirés par l'opération.

Je vais plus loin, et je dirai que ce procédé est insuffisant et peut même induire en erreur. Si M. Ricard, dans l'observation qu'il nous a résumée et où il s'agissait d'une tuberculose à forme hématurique avait voulu, au lieu d'employer les bons procédés cliniques qui ne nous trompent pas, faire le cathétérisme urétéral, il aurait sûrement tué sa malade, car il aurait opéré le rein relativement sain. Pour employer une expression qui va peut être détonner dans notre milieu si pacifique, il a marché au canon, et bien lui en a pris : il a enlevé un gros rein caverneux.

Je comprends sa surprise quand il a vu l'hématurie continuer, et sa joie en voyant sa malade guérie. Mais son observation a une autre portée : elle prouve la curabilité non opératoire de la tuberculose rénale, ou tout au moins la possibilité de longs répits et l'inutilité, sinon le danger, de faire l'ablation la plus précoce possible du rein tuberculeux.

M. Albarran s'appuie précisément sur la nécessité d'enlever le rein tuberculeux le plus tôt possible pour employer le moyen qui lui paraît le plus propre à faire le diagnostic de tuberculose unilatérale du rein; il veut toujours parler du cathétérisme urétéral, et ici nous touchons à une autre question : l'intervention précoce; j'ai déjà dit ce que j'en pensais. M. Routier vous a dit ce qu'il en pensait comme moi; il n'obéit qu'aux indications, et s'il a opéré un rein tuberculeux au début, ce n'est point pour opérer une tuberculose au début, mais pour arrêter une hémorragie, et la simple cystoscopie lui a permis de diagnostiquer le siège de cette hémorragie.

Je ne comprends pas que quand on admet que la tuberculose rénale est le plus souvent d'origine circulatoire, que « dans la grande majorité des cas la tuberculose du rein est secondaire à des lésions bacillaires quelconques de l'organisme (1) », on tire cette conclusion qu'il faut enlever le rein dès que celui-ci est soupçonné ou démontré atteint de tuberculose au début.

Comme l'a dit si éloquemment, mais non imprimé, mon ami Routier, on n'enlève pas un rein comme on enlève un doigt; or on comprendrait qu'on enlevât un doigt ou un segment de doigt

(1) Voir *Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet, page 849.

si celui-ci était le siège d'un tuberculome primitif, d'un tuberculome d'inoculation; mais enlever un rein où siège une manifestation locale d'une infection générale, par ce fait que cette manifestation existe, me paraît être une erreur. Il faut autre chose; il faut, je le répéte, des indications opératoires que j'ai résumées dans ma dernière communication : tel est aussi l'avis de M. Routier et de M. Ricard. Cette opinion est parallèle à celle qui s'est manifestée ici à l'occasion de la tuberculose génitale et en particulier épididymaire.

Dire, pour faire accepter l'idée des interventions précoces. qu'on voit des malades atteints de tuberculose généralisée consécutive à une tuberculose rénale, c'est dire une vérité connue depuis longtemps, à savoir qu'il y a des tuberculoses à marche rapide et envahissante, et citer des faits de guérison persistante après une intervention précoce, quel que soit du reste le siège de la tuberculose, c'est dire qu'il existe des tuberculoses à tendance stationnaire et régressive.

Le meilleur traitement, sauf quand il existe des indications spéciales, est encore le traitement général, comme pour toutes les autres tuberculoses.

M. Albarran, à ce sujet, nous parle d'un malade chez lequel il a fait un diagnostic précoce : il me semble qu'il a exagéré un peu la précocité du diagnostic comme il a exagéré la survie. Une caverne tuberculeuse du rein n'est pas une lésion de début de la tuberculose; notre collègue pourrait à ce point de vue demander son avis à son maître, M. Grancher, qui a fait des travaux sur les signes de début de la tuberculose pulmonaire, et qui admet que la tuberculose est déjà avancée quand il y a de l'expiration prolongée qu'on considérait autrefois comme un signe de début, c'est-à-dire avant la période de ramollissement. En réalité, cette tuberculose rénale était avancée, et puisqu'il y revient, je me permettrai de faire observer que ce malade avait une température de 40 degrés la veille de son opération, c'est-à-dire après le cathétérisme urétéral, et que, tandis que l'urine recueillie naturellement contenait beaucoup de bacilles, celle qui s'était écoulée par la sonde urétérale ne contenait que des bacilles probables, ce qui eût dû faire repousser l'intervention et est de nature à diminuer la confiance dans le cathétérisme urétéral.

M. Albarran qui, sous prétexte de ne point nous faire une leçon banale, ne nous a même pas dit qu'il employait tous les moyens de recherche simples et réellement cliniques, devient au contraire très abondant à propos du bleu de méthylène; il y est parlé à tort, de l'élimination précoce, de l'élimination retardée; du moment de son élimination, de l'intensité, de l'intermittence, de sa durée;

de la médecine, de la chirurgie. En réalité, le problème est plus simple. Au point de vue chirurgical, il s'agit de savoir si, quand nous allons opérer un rein par néphrotomie ou néphrectomie, l'autre est capable de bien fonctionner, de bien éliminer; or, nous savons que cette puissance d'élimination des matériaux excrémentitiels est parallèle à la puissance d'élimination du bleu de méthylène, et quand j'ai écrit mon article de la *Revue de gynécologie* auquel fait allusion M. Albarran, j'avais surtout en vue la valeur pronostique de l'élimination, puisque je prenais soin de dire que, quand même l'épreuve du bleu ne serait pas favorable, « l'intervention ne saurait être ajournée quand elle est nettement indiquée. Le précepte *ubi pus, ibi evacua* ne peut pas recevoir d'atteinte. »

Puisque je me cite, puisque je rappelle des phrases de cet article, j'en rappellerai d'autres, celle-ci entre autres : *une diminution des produits sécrétés dans l'urine doit nous préoccuper moins que la facilité avec laquelle ces produits sont excrétés*. En effet, j'ai montré que des malades qui n'excrétaient que 6, 5, 3 grammes d'urée par jour avaient très bien supporté des opérations qui eussent été contre-indiquées si on avait voulu s'en rapporter à cette analyse seule, ce qui aurait eu lieu *si on avait fait le cathétérisme urétéral à ces malades et si on s'était basé sur l'analyse de leur urine*. Le cathétérisme urétéral aurait donné des résultats faux.

A propos de cet article, M. Albarran croit devoir relever ce qu'il appelle des méprises. Quand méprises il y aurait, ça n'enlèverait rien à la valeur de l'épreuve du bleu.

Le bleu s'élimine-t-il dans la deuxième demi-heure, ou s'éliminera-t-il plus tard? là est la question.

Mais envisageons ces méprises ; j'ai dit que le rein malade peut retenir le bleu un certain temps, et voici dans quelles conditions. Je fais l'épreuve du bleu à un malade que j'allais néphrotomiser — le bleu passe à son heure normale, puis l'élimination s'arrête, enfin la coloration reparaît et sa réapparition coïncide avec une décharge purulente et une diminution de la pyonéphrose. J'ai autant et plutôt le droit de dire que le bleu était retenu avec le pus et est sorti avec lui, que M. Albarran n'a le droit de donner une interprétation absolument hypothétique.

La deuxième méprise serait la suivante : j'ai dit : « Le rein sain élimine rapidement son bleu, le rein malade l'élimine plus lentement. »

M. Albarran dit : « Dans les pyonéphroses nous avons vu, Bernard et moi, que plus le rein est malade, plus l'élimination *est courte* et peu intense. »

Or je lis dans le *Traité* de Le Dentu et Delbet, à l'article « Rein », signé Albarran :

« Dans les rétentions rénales, M. Guyon et moi, M. Schwartz et M. Imbert, nous avons démontré que le bleu apparaît plus tard dans les urines et que la durée de son élimination est *plus longue* qu'à l'état normal. »

Vous le voyez, elle est *longue* dans le *Traité de chirurgie*, elle est *courte* dans les *Bulletins de la Société de chirurgie.*

Si, dans une méprise, on peut exciper de sa bonne foi, en peut-on faire autant d'une contradiction? et n'est-ce pas le cas de répéter le proverbe : Souvent est pris qui croyait prendre?

Messieurs, j'ai terminé. Il me paraît surabondamment démontré que la chirurgie rénale peut et doit dans l'immense majorité des cas se passer du cathétérisme urétéral ; parce que ce moyen n'est ni simple ni facile, comme l'a dit M. Routier mieux que je ne saurais le dire, qu'il est dangereux et inutile, comme l'a dit un élève non suspect de M. Albarran. Je ne prendrai plus la parole, si ce n'est pour apporter ici les pièces justificatives si on m'y contraint. Je le regretterais pour ceux que cela atteindra.

Amicus Plato, sed magis amica veritas.

En terminant, permettez-moi de vous citer brièvement l'observation d'une néphrectomie que j'ai faite hier avec le concours des Drs Martinet et Wins et de mes internes. J'ai fait l'épreuve du bleu : elle a été positive, elle m'a suffi, et je n'ai pas ennuyé ma malade ni risqué d'aggraver son état en lui faisant le cathétérisme de l'uretère.

Et cependant son rein n'était pas très gros et était très mobile dans le flanc.

Ce matin elle avait éliminé plus d'un litre d'urine, ce qui me donne raison.

Il y a dix jours j'ai fait une néphrotomie à un homme dont on ne pouvait sentir le rein, caché qu'il était sous les côtes ; à celui-là je ne lui ai même pas fait l'épreuve du bleu, les douleurs étaient tellement vives qu'il était indiqué d'opérer.

J'ai trouvé un rein doublé de volume, atteint de rétention septique ; je l'ai incisé, et le malade est soulagé.

M. Kirmisson. — La discussion pourrait se terminer ici. En effet, d'une part, M. Albarran, qui a l'expérience du cathétérisme urétéral, le préconise et en tire un bon parti ; d'autre part, des chirurgiens qui n'ont pas cette expérience contestent l'utilité de ce cathétérisme : c'est donc un mode d'exploration à expérimenter.

Seuls des faits nombreux pourront permettre d'en apprécier la valeur d'une façon définitive.

Pierre Delbet. — M. Bazy a dit en commençant sa communication qu'il ne voulait pas que les paroles de M. Albarran engagent la Société de chirurgie.

Notre collègue Albarran n'a pas prétendu engager la Société de chirurgie. Je pense que M. Bazy ne peut pas l'engager davantage. S'il en était autrement, je tiendrais à protester et à dire que, pour ma part, je considère le cathétérisme des uretères comme un réel progrès capable de rendre de signalés services. Je ne fais pas, moi-même, le cathétérisme urétéral, je ne sais pas le faire. Mais quand je le juge utile, je le fais faire. J'ai fait ainsi cathétériser quelques uretères par des élèves de M. Albarran et je m'en suis toujours bien trouvé.

M. Walther. — Je n'avais pas l'intention de prendre part à cette discussion, puisque ce que j'ai à dire ne se rapporte pas à la tuberculose rénale. Mais puisque la question s'étend à l'appréciation générale de la méthode du cathétérisme de l'uretère, je tiens à dire que, depuis 1897, dans tous les cas de diagnostic difficile de lésions rénales, j'ai eu recours au cathétérisme de l'uretère. Je ne l'ai pas fait moi-même, mais l'ai fait pratiquer un assez grand nombre de fois. Cette exploration m'a souvent donné de très utiles indications. Je n'ai, d'autre part, jamais observé d'accidents.

M. Reynier. — Chacun donne ici son opinion, qu'il ait fait ou non le cathétérisme de l'uretère. Je l'ai pratiqué un certain nombre de fois avec l'aide et l'excellent cystocope de mon ami le Dr Boisseau du Rocher. Voilà sept ans déjà que j'en présentais une observation à la Société de chirurgie.

Mais je crois que ce cathétérisme peut être dangereux et n'est pas toujours facile. Je ne crois pas qu'on doive, comme pourrait le faire penser M. Walther, le pratiquer systématiquement.

Dans la pratique, on commence par faire la cystoscopie. On voit sourdre pus ou sang d'un des uretères. Pour confirmer le diagnostic, on peut faire le cathétérisme de cet uretère ; en dehors de ces cas, je le crois dangereux, et je ne touche pas aux uretères qui à la cystoscopie me paraissent ne laisser rien couler de suspect. Si on fait le cathétérisme des uretères, on ne doit le faire que dans certains cas bien déterminés.

Présentation de malades.

Amputation sous-astragalienne.

M. A. MIGNON. — J'ai l'honneur de vous présenter un malade chez lequel j'ai pratiqué le 9 janvier dernier une désarticulation sous-astragalienne du pied droit pour un broiement de l'avant-pied par une roue de wagon.

J'avais dû conserver une partie des tissus altérés par le traumatisme, ce qui explique l'irrégularité de la partie antérieure de la cicatrice. Malgré cela, le résultat de l'amputation est excellent. Le blessé peut marcher toute la journée sans fatigue. Il ne souffre jamais. Il est capable de porter un homme et de se tenir en équilibre sur son moignon. Quand il est chaussé de l'appareil prothétique, la difformité n'est pas apparente.

Ainsi que vous le montre cette empreinte, la surface plantaire du moignon a une largeur de 7 centimètres et une longueur de 8 centimètres. L'épaisseur des parties molles sous-astragaliennes est de 2 à 3 centimètres, comme on le voit sur cette radiographie. La même radiographie indique un léger abaissement de la tête de l'astragale. On constate, en effet, quand le blessé repose sur son moignon, un froncement des parties molles en arrière du moignon, comme si le tendon d'Achille était un peu rétracté.

La cicatrice est située au-dessus de la surface d'appui.

Les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne ont leur amplitude normale, et l'on ne sent pas de frottement dans l'article.

Le mollet droit n'a que 3 centimètres de circonférence de moins que le mollet gauche.

Le raccourcissement de la jambe est de 4 centimètres.

J'ai employé comme procédé opératoire la raquette à incision longitudinale externe, dite de Perrin. Je n'ai excisé aucun tendon. J'ai pris soin au contraire de suturer les tendons antérieurs au lambeau plantaire.

Cet exemple me confirme dans l'opinion résultant de mes recherches antérieures, que la sous-astragalienne, pratiquée pour des traumatismes du pied, est une excellente opération. Il faut y recourir dès que les lésions des parties molles n'autorisent pas l'amputation de Chopart; et on ne doit lui préférer les amputations ostéoplastiques du pied que si on est à court de téguments. La sous-astragalienne est l'amputation de choix dans le tarse postérieur.

Cholédocotomie sans suture.

M. Reynier. — Je vous présente une malade à laquelle j'ai extrait, il y a trois mois, un calcul du cholédoque, en chargeant sur le doigt le cholédoque et l'incisant sur le calcul, ce calcul siégeant près de l'intestin. Incision de 2 centimètres, que je ne suture pas. Drain devant l'incision et, autour du drain, manchon de gaze stérilisée ; fistule biliaire ; la malade a eu un peu de sphacèle du bord de la plaie. Elle était, quand on l'a opérée, très faible, venant d'avoir une grippe. Je montre cette malade pour faire voir les avantages de ne pas suturer le canal dans les cholédocotomies.

M. Walther. — M. Reynier a-t-il examiné la bile bactériologiquement ?

M. Reynier. — Je ne l'ai pas examinée.

M. Walther. — Cet examen a une certaine importance, car la présence du colibacille dans la bile peut expliquer les accidents sphacéliques signalés par M. Reynier, accidents tout à fait analogues à ceux que produit sur les bords d'une plaie le contact des matières fécales.

M. Terrier. — Quand on fait la suture du canal cholédoque, elle ne réussit souvent pas, car le milieu est septique. Dans quelles limites est il septique ? on ne sait. Toujours est-il que cette septicité peut se traduire par les accidents les plus graves. Quant à l'odeur fécaloïde de la bile, elle provient de la présence du colibacille.

M. Michaux. — Je demanderai à M. Terrier s'il considère comme une loi absolue l'insuccès de la suture du canal cholédoque. J'ai, en effet, pour ma part, réussi dans 3 cas.

M. Terrier. — L'absolu n'existe pas en chirurgie.

Présentation de pièces.

Obstruction intestinale par appendice chroniquement enflammé. Laparotomie latérale. Ablation de l'appendice. Guérison.

M. Monod. — La pièce que je vous présente montre qu'en fait d'obstruction intestinale et d'accidents d'origine appendiculaire, on peut s'attendre à tout.

Il s'agit d'une femme âgée de vingt-neuf ans qui était amenée hier matin à l'hôpital Saint-Antoine. Elle était évidemment atteinte d'obstruction intestinale. Depuis cinq jours, elle n'a rendu ni matières ni gaz; elle vomit; vomissements alimentaires d'abord, puis bilieux, verdâtres, d'odeur fade, pas nettement fécaloïdes, (une cuvette pleine de ce liquide rendu dans la matinée m'est présentée); le ventre est distendu, mais surtout en son milieu; les flancs sont plutôt affaissés; les anses intestinales se dessinent sous la peau au moment des crises douloureuses, comme dans les cas d'étranglement intestinal.

En interrogeant cette malade, j'apprends qu'elle souffre dans le ventre depuis deux mois, et particulièrement dans la fosse iliaque droite; douleurs irradiant vers la cuisse droite, d'une part, et jusque dans l'hypocondre, de l'autre; revenant par crises aiguës d'une durée de plusieurs heures à une journée; sans vomissements mais avec tendance à la constipation et un peu de ballonnement du ventre; pas de fièvre.

Depuis quatre jours, les douleurs sont plus violentes et il s'y est joint tous les phénomènes d'obstruction vraie indiqués plus haut.

Il n'y a toujours pas de fièvre. Température normale; pouls, 100; la langue est bonne; le facies est celui d'une malade qui souffre; rien de péritonitique. La soif est intense. Rien du côté des organes génitaux.

Une intervention me paraît s'imposer. Mais dois-je, pour aller à la recherche de l'obstacle, faire une laparotomie médiane ou latérale, en raison de la douleur localisée au début dans la fosse iliaque droite.

Je me décide pour la laparotomie latérale, non seulement à cause du mode de début de l'affection, mais aussi en raison de l'existence d'une submatité certaine dans la région de la fosse iliaque (sans aucun empâtement perceptible, d'ailleurs) et d'un très léger œdème sous-cutané à ce niveau. Soupçonnant, en raison de ces faits, que l'appendice est peut-être pour quelque chose

dans les accidents observés, j'ouvre donc le ventre par l'incision de Roux. Le péritoine sectionné, il s'échappe une très notable quantité de sérosité jaunâtre, transparente, et l'intestin se montre un peu congestionné, distendu, mais sans péritonite évidente. Je croyais m'être trompé; il n'y avait certainement pas de foyer appendiculaire. J'introduis cependant le doigt dans le ventre pour explorer la région mise à découvert et m'assurer si, à défaut de l'appendice, je ne trouverais pas une bride, agent d'étranglement, comme il en existe si souvent vers la fin de l'intestin grêle.

Bien m'en prit, car je rencontrai presque immédiatement une bride épaisse, arrondie, sous laquelle s'engageait l'intestin grêle.

En essayant d'explorer la cavité dont cette bride paraissait circonscrire l'orifice, je sentis qu'elle cédait sous mon doigt, à l'une de ses extrémités. Je pus ainsi l'amener sans peine dans la plaie et reconnaître que cette prétendue bride n'était autre que l'appendice très tuméfié, dont l'extrémité portait encore la trace de l'adhérence qui la maintenait en place.

L'appendice est réséqué et traité à l'ordinaire et la plaie réunie avec drainage.

La malade fut immédiatement soulagée. Opérée d'hier, elle était ce matin en parfait état, ayant rendu gaz et matières.

M. Potherat. — J'ai opéré aux Enfants-Malades un cas d'occlusion chez une petite fille au cours d'une appendicite, diagnostiquée par Ollivier.

J'ai trouvé l'appendice long, fixé dans le pelvis par son extrémité libre.

Ce qui avait permis à Ollivier de faire le diagnostic était qu'il observait la malade depuis huit ou dix jours; elle avait eu d'abord tous les signes d'une appendicite qui, brusquement, s'était aggravée et était devenue une occlusion.

M. Walther. — J'ai opéré voilà quatre ou cinq mois une petite fille de dix à douze ans dont l'observation est analogue à celle de M. Monod. Il s'agissait aussi d'une occlusion intestinale produite par une adhérence consécutive à une appendicite. L'enfant a très bien guéri. Je donnerai l'observation complète dans la prochaine séance.

Hydro-appendix.

M. Potherat. — L'appendice que je vous présente provient d'un garçon de vingt-six ans, à qui je l'ai enlevé, il y a quinze jours, dans mon service hospitalier de la Maison municipale de Santé.

Bien portant jusqu'au mois de janvier dernier, ce jeune homme, grand et vigoureux, d'ailleurs, avait depuis cette époque subi quatre atteintes d'appendicite aiguë. Chacune de ces attaques s'était comportée de la manière suivante : tout à coup, sans cause apparente, nausées, vomissements alimentaires, puis douleur vive dans la fosse iliaque droite. Les vomissements duraient au plus six à huit heures; d'alimentaires ils devenaient bilieux, puis cessaient; la douleur iliaque persistait avec une intensité décroissante pendant deux à trois jours, puis tout rentrait dans l'ordre.

Le malade consulta récemment mon excellent maître M. Bouilly, qui lui conseilla de se faire enlever son appendice, et c'est après cet avis qu'il entra dans mon service pour y être opéré.

L'opération que j'ai pratiquée suivant le mode habituel m'a permis d'enlever cet appendice dont les lésions sont un peu anormales et, à mon avis, très curieuses.

L'organe était en *position iliaque*, variété *externe* et *haute*. Très long, il était collé contre la face postéro-externe du cæcum et s'élevait jusqu'au côlon ascendant. Il était rattaché à la paroi postérieure de l'abdomen par un méso *très large*, surchargé de *graisse*, et très épaissi, comme charnu.

Ce méso avait perdu toute élasticité et ne permettait pas d'amener l'appendice au dehors. Je dus, pour sortir celui-ci, lier d'abord, *in situ*, le méso; cette ligature, au catgut, dut, en raison de l'épaississement des tissus et du large développement de l'éventail séro-cellulaire et graisseux, être faite en chaîne, et nécessita quatre anses de fil.

J'attire, en passant, l'attention de la Société sur cette lipomatose méso-appendiculaire, d'origine inflammatoire, analogue à celle qu'on observe si souvent autour des organes enflammés de l'abdomen, et plus particulièrement autour des organes urinaires sous-séreux.

Mais j'arrive à l'appendice lui-même. J'ai dit qu'il était très long; j'ajoute qu'on pouvait lui considérer trois portions : une extrémité libre, une extrémité adhérente et une portion intermédiaire. La pointe, extrémité libre, avait un volume un peu supérieur à l'état normal; elle était lisse, arrondie, très dure, et recourbée en crosse, ou plutôt en crochet à angle aigu, par rétraction du méso.

L'extrémité adhérente avait sur une longueur de 2 centimètres le volume et la régularité d'un crayon d'écolier; elle en avait la consistance; elle était si bien collée au cæcum qu'il fallut raser celui-ci de très près pour l'enlever.

Entre ces deux extrémités de consistance dure, de volume un peu plus gros qu'à l'état normal, et régulier, existait une partie intermédiaire très différente d'aspect et de volume. Le volume

était égal à celui d'une anse d'intestin grêle moyennement distendue; les parois étaient régulières, lisses, luisantes et tendues; la masse tout entière était transparente : au reste, il me suffira, pour donner une idée de l'aspect de cet appendice, de dire que c'était exactement celui d'une trompe de Fallope, boudinée et atteinte d'hydro-salpinx.

Je ne puis malheureusement pas vous représenter actuellement cet état de l'appendice. J'ai dit que le méso, charnu, était très court, que j'avais dû le lier au préalable et en décoller l'appendice. Or, en rasant très près la paroi appendiculaire tendue et mince, je perforai la poche qui se vida rapidement de son contenu nettement séreux, très légèrement louche. Ce petit incident m'obligea, par crainte d'infection péritonéale, à drainer le foyer opératoire. Il y a de cela quinze jours. Il n'y a eu aucun accident et le malade va tout à fait bien actuellement. Je n'ai donc d'autre regret de l'incident que celui de ne pouvoir vous présenter la pièce dans son état primitif, montrant nettement une collection séreuse enkystée dans un appendice. Elle occupait la partie moyenne de l'organe, empêchée qu'elle était de pénétrer jusqu'à la pointe par la coudure que déterminait, au-dessous de cette pointe, la tension du méso-appendice; elle ne pouvait s'évacuer dans l'intestin par suite de l'oblitération, au moins physiologique de la portion adhérente; car la pression, forte même, que j'exerçai sur le kyste pendant mes manœuvres d'extraction ne diminuait en rien la tension. Cette lésion est absolument analogue à celle qu'on observe lorsque la trompe utérine est atteinte d'hydropisie; c'est là un véritable *hydro-appendix*, d'origine nettement inflammatoire, ainsi que le montrent et les lésions concomitantes et l'histoire clinique du malade.

M. Monod. — J'ai opéré tout récemment un cas presque superposable. Il s'agissait d'un volumineux hydro-appendix par dilatation de la base de l'appendice.

M. Walther. — Ces faits d'appendicite kystique, bien que rares, ne sont pas exceptionnels; j'en ai rencontré plusieurs exemples.

J'ai enlevé il y a quelques jours à froid, après plusieurs crises répétées, un appendice complètement transformé en kyste à contenu séreux, mais bosselé et à cavité cloisonnée.

L'an dernier, je vous ai présenté un appendice kystique à liquide clair, de volume énorme. Sa circonférence mesurait 9 centimètres. Déjà, notre collègue M. Routier nous en avait apporté un analogue.

C'est là le type de la transformation de l'appendice en vase clos, transformation sans grande gravité, du reste.

M. Delorme. — J'ai enlevé moi aussi récemment un volumineux appendice kystique et je n'ai pas considéré cette disposition comme extraordinaire, car elle se trouve décrite dans le mémoire que MM. Letulle et Weinberg ont publié dans les *Archives roumaines des Sciences médicales*, Paris, 1897.

Présentation de radiographie.

Radiographie d'une fracture du radius

M. Cahier. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter la radiographie d'une fracture ancienne de l'extrémité inférieure du radius droit, survenue dans une chute sur la paume de la main. Ce qui est intéressant, c'est que le trait de fracture est vertical, divisant l'extrémité de l'os en deux fragments dont l'externe triangulaire, comprenant la moitié de cette extrémité, est remonté sur le corps de l'os de 2 à 3 centimètres, entraînant avec lui le scaphoïde et consécutivement amenant une abduction très marquée de la main. Cette variété de fracture avec déplacement en Z est peut-être plus fréquente qu'on ne croit, mais n'est pas signalée par les auteurs, et la disposition des fragments montre que les tentatives de réduction n'ont qu'une chance minime de succès.

Le Secrétaire annuel,

Ad. Jalaguier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 27 JUIN 1900

Présidence de M. RICHELOT.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la semaine.

A l'occasion du procès-verbal.

M. PICQUÉ. — Je regrette vivement que mon récent voyage en Allemagne m'ait empêché d'assister à la dernière séance et de répondre de suite à la communication de M. Terrier. J'ai apporté à la tribune des faits rigoureusement exacts, je l'affirme sur l'honneur, et je l'ai fait dans un langage conforme aux traditions de courtoisie de la Société et aux habitudes scientifiques qui m'ont été léguées par mes maîtres.

Je m'étonne donc des insinuations et des mots tombés de la bouche de notre collègue. Mais je ne veux pas prolonger ce débat qui risquerait de devenir personnel et de compromettre la dignité et le bon renom de notre compagnie.

Mes collègues jugeront.

Tuberculose rénale et cathétérisme urétéral.

M. POIRIER. — Un mot seulement à l'appui de ce qui a été dit à la fin de la dernière séance sur l'incontestable utilité du cathétérisme des uretères et son rôle principal dans certains cas où tous les autres moyens sont impuissants.

Si j'en crois mon collègue Albarran, j'ai été le premier à réussir le cathétérisme de l'uretère sur le vivant avec des instruments qui n'avaient point atteint la perfection de ceux que l'on emploie aujourd'hui. Je crois que l'on a beaucoup exagéré les dangers de cette exploration, entre les mains de ceux qui savent la faire — je ne suis pas de ceux-là. Il m'est arrivé dans un cas d'atrophie de la vessie de maintenir pendant quarante-huit heures une sonde

dans chacun des deux uretères; je crois que Pawlick et d'autres ont fait ce cathétérisme à demeure pendant plusieurs jours, et sans qu'il en soit résulté d'inconvénient.

Comme moyen de diagnostic, comme procédé pour préserver les plaies vésicales du contact de l'urine, le cathétérisme des uretères, explorateur ou permanent, rend d'incontestables services.

M. Quénu. — Je désire joindre mon témoignage à ceux de MM. Kirmisson, Walther et Delbet : le cathétérisme de l'uretère a été pratiqué plusieurs fois dans mon service dans ces dernières années par des élèves de M. Guyon auxquels je faisais appel. Ce cathétérisme m'a rendu de grands services et n'a jamais été suivi d'accidents.

M. Bazy. — Je demanderai simplement à mes collègues de lire les observations publiées par M. Albarran et ses élèves.

M. Guinard. — Dans la dernière séance, on m'a chargé d'un rapport sur un travail de M. Pauchet; deux jours après, ce travail a paru dans la *Gazette des hôpitaux*. Or, il est de tradition constante qu'à la Société de chirurgie on ne fasse pas de rapport sur des travaux publiés antérieurement. Le rapport ne sera donc pas fait.

Étranglement interne causé par l'appendice.
Résection de l'appendice. Guérison.

M. Routier. — Je n'ai pas voulu prendre la parole dans la dernière séance à la suite de la présentation de M. Monod ; mes souvenirs n'étaient pas assez précis; il s'agit en effet d'une observation analogue à la sienne, mais qui remonte à 1894.

Mme G..., âgée de trente-sept ans, avait été opérée d'une salpingite double par mon maître et ami Terrillon en 1890.

Elle avait toujours souffert du ventre depuis.

Le 10 décembre 1894, cette dame fut prise brusquement d'une vive douleur dans le côté gauche de la poitrine; on crut à un point pleurétique. De ce jour elle fut incommodée par une constipation qui résista à trois ou quatre lavements. Elle ne rendait même pas de gaz.

Le 14, douleurs violentes dans la fosse iliaque droite; vomissements bilieux qui se répètent dans la nuit, puis toute la journée du 15 et du 16.

C'est le 16 décembre que je fus appelé à voir la malade, elle avait des vomissements fécaloïdes, le facies était profondément altéré; cependant elle avait 37°7 et 98 pulsations, le ventre était plat et relativement souple, sauf dans la région de la fosse iliaque droite.

La douleur était exquise au niveau de la symphyse sacro-iliaque droite; douleur aussi au point de Mac Burney.

L'examen de l'utérus que je trouvai mobile et indolent, me fit écarter l'idée d'une lésion des pédicules anciens, le petit bassin était certainement indemne.

A quatre heures du soir, le 16, je pratiquai la laparotomie sur le bord du muscle droit à cause du point douloureux, et aussitôt, je vis une bride qui traversait le cæcum et qui l'étranglait.

Cette bride n'était autre chose que l'appendice petit, rigide, qui parti de son insertion sous-cæcale, se portait de dehors en dedans au-devant du cæcum et se continuait par une forte bride fibreuse de la même grosseur, qui allait s'insérer sur la paroi du petit bassin au niveau du détroit supérieur.

Le cæcum avait fait hernie par procidence à travers cet anneau et, retenu d'autre part par l'insertion de l'appendice, il avait un peu tourné sur son axe.

L'appendice et son méso épaissi furent réséqués au ras du cæcum, la bride désinsérée, et le cæcum parut aussitôt reprendre son calibre normal.

Pour toute lésion, l'appendice présentait vers son milieu une ecchymose de sa muqueuse ; les autres tuniques paraissaient saines. Les phénomènes cliniques étaient, du reste, par le seul fait de leur durée, plutôt ceux d'un étranglement interne que ceux d'une appendicite.

Les suites furent des plus simples ; la malade était complètement guérie dès les premiers jours de janvier, malgré une pleurésie droite légère.

Je vous ai présenté la pièce dans la séance du 29 décembre 1894.

Appendicite et étranglement intestinal.

M. Walther. — Dans la dernière séance, j'avais, à propos de la communication de M. Monod, rappelé un fait d'occlusion intestinale par bride à la suite d'appendicite. L'observation recueillie par mon interne M. Rastouil a été publiée dans la thèse récente de M. Blanc. En voici le résumé :

Thérèse X..., âgée de douze ans. Entrée le 24 janvier 1900 à la Maison municipale de santé.

A noter dans les antécédents : la coqueluche à l'âge de trois ans, une roséole à quatre ans, la scarlatine il y a deux ans.

Pas de troubles digestifs jusqu'à ces derniers temps. Jamais de vomissements. Digestions faciles. Selles régulières.

Depuis cinq ou six mois, l'enfant était devenue triste, nerveuse. Elle se plaignait d'avoir « mal dans le ventre ». Ces douleurs n'étaient pas

continuelles, elles survenaient par crises; la petite malade, très intelligente et qui répond admirablement à toutes les questions, dit qu'elle ressentait surtout les douleurs du côté droit. Jamais elle n'a été obligée de s'aliter; jamais non plus les douleurs n'ont été accompagnées de vomissements ou de l'arrêt des matières ou des gaz.

Le 17 janvier 1900, l'enfant remarque que, contre son habitude, elle ne va pas à la garde-robe. La constipation persiste le 18 et le 19 sans provoquer d'ailleurs aucun trouble; le 20 seulement, elle n'a plus d'appétit, mais aucune douleur, pas de vomissements.

Le dimanche 21, à 5 heures du soir, elle ressent brusquement de violentes douleurs dans le ventre; « c'était comme une barre » dit-elle, et elle ajoute qu'elle souffrait surtout du côté gauche, tout en ayant aussi un peu de douleur à droite. Vers 8 heures du soir, les douleurs s'accompagnent de vomissements alimentaires. On administra des lavements qui auraient provoqué une garde-robe peu abondante.

Dans la nuit du dimanche 21 au lundi, pas de sommeil; douleurs vives, surtout marquées à gauche. Trois ou quatre vomissements de bile.

Le lundi 22, l'enfant garde le lit; elle ne prend rien pendant toute la journée. Les vomissements diminuent; la douleur persiste à gauche. Pas de garde-robe. Peut-être quelques gaz?

Les douleurs augmentent dans la nuit du lundi au mardi et prédominent à droite et au milieu du ventre. Vomissements de matières glaireuses.

Le mardi 23, douleurs dans tout le bas-ventre, vomissements absolument verts. Pas de garde-robe, malgré l'administration d'un lavement. Pas de gaz. Les douleurs se calment la nuit suivante; pas de vomissements; un peu de sommeil; pas de selles ni de gaz.

Le mercredi 24, dans la matinée, vomissements porracés. L'enfant entre dans l'après-midi à la Maison municipale de santé.

M. Rastouil, interne du service l'examina à 5 heures de l'après-midi et constata l'état suivant : Température 37°4; pouls 88, bien frappé. Facies bon, tranquille.

Rien à la gorge, ni aux oreilles; langue sale. A côté de la malade, on aperçoit une cuvette remplie aux trois quarts de vomissements porracés. La malade urine peu, elle ne va pas à la selle, ne rend pas de gaz. « Cependant j'ai cru, dit-elle, en rendre de très légers, hier dans la soirée. » Elle a toute sa connaissance et répond très nettement à toutes les questions. Elle se plaint de souffrir dans le ventre et seulement dans le ventre.

Examen de l'abdomen. L'abdomen n'est pas ballonné, il paraît plutôt en bateau. A la palpation superficielle, pas de douleur, mais un peu de sensibilité accusée surtout à gauche et un peu au-dessus de l'ombilic. A la palpation profonde, douleur très vive à gauche (sensation de barre) qui est ressentie très vivement aussi au creux épigastrique. Le grand droit gauche est contracturé. Pas de défense musculaire à droite. Un peu de douleur bien localisée au point de Mac Burney. Pas de matité. Sonorité partout. Conservation de la matité du foie.

Je vis l'enfant à 9 heures du soir avec M. Rastouil qui m'avait fait

appeler dans le service et je constatai que le ventre était plus souple ; la contracture du grand droit gauche avait disparu; la palpation ne déterminait pas de douleur bien nette à droite; à gauche la sensibilité plus vive avait diminué notablement depuis le moment où M. Rastouil avait vu l'enfant pour la première fois. Le pouls était à 90; il n'y avait pas eu de garde-robe, mais l'enfant disait avoir rendu quelques gaz. Je fis continuer l'application de glace sur le ventre, qui avait été faite depuis l'après-midi.

Le jeudi matin, l'état était le même, température 37, pouls 90, pas de vomissements, mais toujours ni matières ni gaz; je me décidai à intervenir immédiatement.

L'enfant endormie au chloroforme, l'exploration de l'abdomen permet de reconnaître une voussure et de limiter à la palpation un empâtement net à gauche et un peu au-dessus de l'ombilic.

Croyant, en l'absence de distension de l'abdomen et de vomissements fécaloïdes, à un étranglement peu serré, mais très haut situé sur l'intestin grêle, trouvant d'autre part cette voussure, cet empâtement, en haut et à gauche, que je pensais répondre à la distension des premières anses du jéjunum, je fis la laparotomie médiane sus-ombilicale, et j'allai immédiatement explorer la région tuméfiée; je constatai que cette tuméfaction était due simplement à l'angle gauche du côlon et au côlon transverse, rempli de matières.

J'explorai les premières anses grêles sans rien trouver, je dévidai l'intestin grêle; à quelques centimètres du cæcum je trouvai deux anses réunies par une bride transversale sous laquelle s'engageait une autre anse de la partie moyenne de l'intestin grêle, aplatie, mais non serrée, pas véritablement étranglée. La bride fut sectionnée entre deux ligatures et les anses reprirent leur mobilité.

Le cæcum et la fin de l'iléon étaient rouges, très vascularisés, ainsi que l'appendice, et portaient des traces de péritonite subaiguë récente. Je fis la résection de l'appendice et la coupe nous montra qu'il était en pleine évolution de folliculite.

Je passe sur les suites qui furent très simples. Dès le premier jour même de l'opération, l'enfant rendit des gaz, les vomissements cessèrent complètement et définitivement. Dès la nuit du second jour, il y eut une selle abondante. La guérison marcha régulièrement sans aucun incident.

J'ai revu, il y a quelque temps l'enfant, qui se porte très bien, n'a plus aucune douleur de ventre.

Cette observation me semble offrir un double intérêt : 1° la marche lente des accidents et la difficulté du diagnostic par suite du mélange de signes peu accentués d'appendicite et d'occlusion intestinale ; 2° la constatation de cette bride péritonéale nettement consécutive à une poussée subaiguë d'appendicite, provoquant un étranglement intestinal peu serré, lésions qui répondaient exactement à la symptomatologie.

Rapport.

Occlusion intestinale aiguë par invagination. Laparotomie. Désinvagination. Guérison, par M. AUVRAY, chirurgien des hôpitaux.

Rapport de M. P. MICHAUX.

J'ai depuis le mois d'octobre dernier (et je m'en excuse) à vous rendre compte d'une très intéressante observation d'invagination intestinale laparotomisée et désinvaginée par notre collègue des hôpitaux M. Auvray. — Le malade vous a été présenté guéri à la séance du 12 juillet 1899.

Voici l'observation, telle qu'elle a été remise par M. le Dr Auvray; son intérêt en justifiera, je l'espère à vos yeux, la publication intégrale dans nos Bulletins :

Occlusion intestinale aiguë par invagination. Laparotomie. Réduction de l'invagination. Guérison, par M. AUVRAY, chirurgien des hôpitaux.

L..., âgé de vingt-neuf ans, exerçant la profession de garçon de salle, est admis à l'hôpital de la Charité, dans le service de médecine du Dr Gouraud, le vendredi 30 décembre 1898, et passé dans le service de chirurgie de M. le professeur Tillaux le samedi 31, avec le diagnostic d'*appendicite*. Je fus appelé dans la soirée pour pratiquer d'urgence l'opération. Voici quelle était l'histoire du malade :

Les antécédents personnels sont excellents; il a présenté seulement en 1897 des accidents attribués à la présence du ver solitaire; ces accidents ont disparu après l'expulsion du tænia provoquée par l'extrait éthéré de fougère mâle. Il semble avoir été atteint de la grippe en janvier 1898.

Je ne relève rien dans ses antécédents héréditaires qui puisse nous intéresser.

Les accidents pour lesquels il est entré à l'hôpital ont débuté le jeudi 29 décembre. En rentrant chez lui pour déjeuner, le malade se sent indisposé; il prend cependant quelques aliments, et, après son repas, il retourne à son travail. Mais au bout d'une heure environ, le malaise qu'il éprouve l'oblige à cesser son travail; il regagne son logis, et alors apparaissent, disséminées dans tout l'abdomen des douleurs assez vives pour le forcer à marcher courbé; c'est avec peine qu'il rentre chez lui; il se couche; les douleurs, sous forme de coliques, deviennent de plus en plus violentes. Vers le commencement de la nuit, les douleurs siégeaient principalement dans le bas-ventre; plus tard elles semblèrent se localiser plus spécialement au creux épigastrique. Dès le début des accidents, le malade eut des vertiges, et le jeudi soir il fut pris de nausées avec vomissements persistants. Le vendredi 30 et le samedi 31, les douleurs persistèrent, surtout violentes au creux épigastrique; les vomissements se répétèrent sans cesse, d'abord alimen-

taires, puis muqueux avec quelques filets sanguinolents, et enfin bilieux.

Le malade fut amené à l'hôpital le vendredi soir, et traité dans le service de médecine pendant tout la journée du samedi avec le diagnostic d'appendicite. Des sangsues furent appliquées dans la fosse iliaque droite, de l'opium fut administré à l'intérieur, un vésicatoire appliqué sur le creux épigastrique.

Je fus appelé dans la soirée du 31. Le malade était, au moment où je le vis pour la première fois, dans l'état suivant :

L'état général était dès ce moment très grave; le pouls à 94, la température à 37°4, le visage profondément altéré, les yeux excavés, cerclés de noir; il existait du hoquet et des vomissements vert porracé, fréquents; du côté de l'abdomen, on notait une douleur généralisée, prédominante cependant dans le bas-ventre et la fosse iliaque gauche, le ventre était légèrement météorisé; du côté de la fosse iliaque droite, rien de bien net; on sentait bien un peu de tuméfaction profonde, mais il n'y avait pas cet empâtement, cette douleur exquise qu'on rencontre dans l'appendicite, cette contracture des muscles de la paroi si fréquemment notée dans les observations; l'exploration de la fosse iliaque droite pouvait être pratiquée en somme assez aisément et ne révélait rien de bien caractéristique au point de vue de l'appendicite. Toutefois, le traitement médical qui avait été institué (opium, glace, sangsues) pouvait à la rigueur avoir modifié la physionomie des accidents primitifs auxquels je n'avais point assisté, et je n'osai pas me prononcer catégoriquement contre l'appendicite. Mais ce qui me paraissait dominer la situation, c'étaient les accidents du côté du péritoine; l'état du pouls, le facies caractéristique, le hoquet, les vomissements porracés, tout cela parlait en faveur d'une péritonite, qui peut-être pouvait être consécutive à la perforation de l'appendice au cours d'une crise d'appendicite. En tout cas, il me semblait y avoir une indication immédiate à l'intervention chirurgicale, quel que fût le point de départ des accidents. Je proposai l'opération au malade, qui la refusa. Je conseillai alors des applications de glace sur le ventre, la diète absolue et des piqûres de caféine.

Le lendemain matin, la situation s'était notablement aggravée. Les signes locaux restaient les mêmes, le ventre était douloureux d'une façon générale; il existait aussi du météorisme, mais peu marqué; l'état général s'était profondément modifié; le pouls, filiforme, était incomptable; les extrémités, refroidies, étaient violacées; les yeux excavés, cerclés de noir, le visage très altéré; la langue était sèche; le malade avait eu pendant toute la nuit des vomissements verdâtres, et il présentait du hoquet. En présence de ces accidents qui, plus que jamais, me faisaient admettre l'existence de la péritonite, j'insistai de nouveau pour l'intervention immédiate, regrettant que douze heures aient été si malheureusement perdues, car, je le répète, la situation était bien moins favorable que la veille au soir. Elle fut acceptée par le malade; voici dans quelles conditions elle a été pratiquée.

Opération. — Puisque le diagnostic qui avait paru le plus probable à tous ceux qui avaient examiné le malade était celui d'appendicite,

je portai d'abord mes recherches vers la fosse iliaque droite. Je fis, à deux travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, une incision de 10 centimètres environ, qui s'étendait moitié au-dessus moitié au-dessous d'une ligne transversale passant par cette épine. J'ouvris la cavité péritonéale et constatai immédiatement qu'il n'y avait rien d'anormal de ce côté; je saisis l'appendice, qui était particulièrement allongé chez notre sujet. Il ne présentait aucune lésion. Le cæcum avait sa coloration normale. Il n'y avait de ce côté aucune trace de péritonite et il ne s'était pas écoulé de liquide à l'ouverture du péritoine.

Cependant, convaincu que ce malade avait des accidents péritonéaux dont il fallait absolument trouver la cause, et songeant alors à la possibilité d'un étranglement interne, je pris le parti de fermer la plaie que j'avais créée au niveau de la fosse iliaque et d'ouvrir immédiatement la cavité abdominale sur la ligne médiane; je fis une longue incision de l'ombilic à la symphyse pubienne.

Je trouvai d'abord l'épiploon étalé en avant des anses intestinales et normal. En le soulevant, les anses intestinales m'apparurent dilatées, rouges, congestionnées; elles tendaient à faire issue à travers la plaie de la paroi. Une légère quantité de liquide séreux, s'écoula de la cavité péritonéale au dehors. Tout me portait à penser que j'étais en présence d'une occlusion intestinale. Je pris alors le parti d'explorer toute l'étendue de l'intestin pour rechercher la cause de l'occlusion; je déroulai l'intestin, rentrant au fur et à mesure, dans la cavité abdominale, les anses intestinales explorées. L'intestin était recouvert de compresses très chaudes. Cette partie de l'acte opératoire fut réalisée avec ordre et sans trop de difficultés. A un moment donné, je sentis, en pratiquant le dévidement de l'intestin, une résistance profonde. La partie d'intestin que je tenais entre mes doigts me semblait fixée profondément dans l'excavation pelvienne.

Maintenant de ma main gauche l'intestin, j'introduisis l'autre main dans l'abdomen et j'explorai d'abord vers la fosse iliaque, pour savoir si je ne me trouvais pas sur la partie terminale de l'intestin grêle dans le cæcum, ce qui aurait pu expliquer la résistance éprouvée. Il n'en était rien, et en explorant le petit bassin, vers lequel me conduisait l'intestin, je ne tardai pas à introduire mon index droit dans une sorte de collet qui entourait l'intestin. Au-dessous du collet je sentis une masse du volume d'une grosse mandarine que je parvins à contourner avec la main, à soulever et à faire sortir de la cavité abdominale. La tumeur ainsi formée était due à une invagination de l'intestin grêle dans l'intestin grêle; là était la cause de l'occlusion. J'essayai alors de réduire l'invagination et j'y parvins, sans trop de difficulté, en exerçant, d'une part, des tractions douces sur le bout invaginé, et, d'autre part, en pratiquant, comme l'a recommandé Hutchinson, des *pressions douces de bas en haut* sur le même bout invaginé. L'intestin, en somme, était en bon état, bien que l'étranglement interne datât de trois jours; un seul point de la paroi me parut suspect par sa coloration et par son amincissement; je plaçai sur ce point deux rangées de sutures superposées

à la soie, en tout sept points de suture. La cavité abdominale fut nettoyée et fermée. L'opération avait duré une heure et demie.

Au moment où le malade fut remis dans son lit, le pouls n'existait pour ainsi dire plus. Des injections de sérum artificiel sous-cutanées furent immédiatement pratiquées; on usa également de la caféine. Le malade se remonta peu à peu, et, trois heures après l'opération, son état était devenu plus satisfaisant. Le pouls pouvait être compté, quoique très faible encore. Les vomissements, le hoquet avaient cessé. Les suites furent normales. La température oscilla entre 37°5 et 38 degrés dans les premiers jours, puis tomba au-dessous de la normale; le pouls ne tarda pas, lui aussi, à tomber au-dessous de la normale; un peu de lait lui fut donné le quatrième jour après l'opération, et depuis ce moment l'alimentation fut progressivement augmentée. En somme, la convalescence s'est faite dans d'excellentes conditions; le malade est sorti de l'hôpital cinq semaines après l'opération. Le malade qui fait l'objet de cette communication a été présenté à la Société de chirurgie dans la séance du 12 juillet 1899.

Réflexions. — Plusieurs points de l'observation nous paraissent intéressants à signaler : d'abord il y eut erreur de diagnostic et l'occlusion intestinale fut prise et traitée en médecine pour une appendicite; ce n'est pas la première fois qu'une erreur de ce genre est commise; il est des cas, en effet, où « l'appendicite et l'invagination donnent lieu à des symptômes très analogues: douleur brusque et vomissement du début; siège maximum de la douleur vers la fosse iliaque droite; tuméfaction circonscrite dans la même région; constipation et ballonnement du ventre »; mais dans notre cas, les manifestations du côté de la fosse iliaque ne me paraissaient pas suffisantes pour songer à l'appendicite, ou bien il fallait admettre, en présence des accidents de réaction générale du côté du péritoine, que, primitivement atteint d'une appendicite, le malade avait perforé son appendice, et qu'il présentait maintenant des lésions de péritonite généralisée; ce fut mon diagnostic.

Or on sait combien est difficile, parfois même impossible, le diagnostic entre l'occlusion intestinale et la péritonite par perforation; en 1896, le Pr Duplay, dans les *Archives générales de médecine*, a montré les difficultés de ce diagnostic. Peut-être en présence d'une température normale (37°4) aurais-je dû songer à l'occlusion intestinale, car, dans la péritonite, la température est ordinairement élevée, du moins au début. Mais alors même que le diagnostic d'occlusion eût été posé, je ne crois pas qu'en l'espèce on eût pu faire le diagnostic d'occlusion par invagination. Nulle part, en effet, on ne trouvait dans l'abdomen cette tuméfaction, en forme de boudin plus ou moins mobile, qui est formée par l'intestin invaginé. Ce qui s'explique, puisque la portion invaginée était tombée dans le petit bassin où j'allai la saisir. De plus, es selles diarrhéiques muco-sanguinolentes, notées dans un grand nombre d'observations, faisaient défaut.

Deux faits méritent encore d'être signalés dans cette observation : c'est le peu de fréquence de l'invagination chez l'adulte (elle est en effet beaucoup plus fréquente chez l'enfant), et la rareté de l'invagi-

nation portant sur l'intestin grêle (elle est le plus souvent, en effet, iléocæcale).

Chez notre opéré, la cause de l'invagination nous échappe, et il en est souvent ainsi; il n'existait pas, sur le trajet de l'intestin, de polype, de tumeur quelconque capable d'expliquer le vice de position de l'organe.

Au point de vue thérapeutique, il est intéressant de constater que, trois jours après le début des accidents, la réduction de l'invagination put être faite sans difficulté. Le procédé d'expression dont nous avons décrit la manœuvre permet d'obtenir, sans danger pour l'intestin, la désinvagination, et devra toujours être préféré aux tractions exercées sur le bout invaginé, qui sont dangereuses. Lorsqu'il y a doute sur la vitalité d'un point de la paroi intestinale après la réduction, le procédé d'enfouissement latéral, auquel nous avons eu recours, nous paraît appelé à rendre service. Il ne faudrait pas toutefois que l'enfouissement soit assez étendu pour devenir une menace de rétrécissement ultérieur pour le calibre de l'intestin.

Le sérum et la caféine nous ont été très utiles pour relever notre malade dans les jours qui ont suivi l'opération.

Il est des cas, où, après une opération pratiquée pour invagination et suivie de succès, on a vu survenir une récidive des accidents qui a nécessité une nouvelle intervention. Or notre opéré a été présenté à la Société de chirurgie sept mois après son opération, dans un parfait état, et nous pensons qu'il peut être considéré comme à l'abri de nouveaux accidents.

J'ai eu moi-même, au cours de ces trois dernières années l'occasion d'observer trois cas d'invagination intestinale chez l'adulte. Je vous demande la permission de résumer brièvement ces trois faits et d'en profiter pour étudier rapidement devant vous quelques-uns des problèmes de l'anatomie pathologique, de la clinique et de la thérapeutique de cette intéressante et rare affection qu'est l'invagination intestinale.

La première de ces observations est celle d'une pauvre femme de vingt-trois ans, qui fut prise brusquement d'accidents très graves le jour même de son mariage en arrivant à Paris. Un ancien interne très distingué des hôpitaux, appelé immédiatement, crut à une crise de colique hépatique et fit une piqûre de morphine.

La malade continuant à souffrir cruellement de la région épigastrique, et vomissant presque immédiatement tout ce qu'elle prenait, je fus appelé vers le cinquième jour. Le ventre n'était pas ballonné, mais la région épigastrique était le siège d'une douleur très vive, qui en rendait la palpation très difficile; je crus à un ulcère de l'estomac ou du duodénum et, devant l'intensité des phénomènes douloureux, je conclus formellement à la nécessité d'une laparotomie exploratrice. Sur ma demande, le professeur Dieulafoy fut appelé en consultation et, inclinant comme moi sur la probabilité d'un ulcère gastrique en voie de perforation, con-

seilla l'intervention chirurgicale. Elle fut pratiquée le 29 septembre 1897. Laparotomie médiane de l'appendice xiphoïde à l'ombilic; l'ouverture du ventre nous permit de constater que l'estomac était absolument sain, ainsi que le duodénum, mais, en poussant plus loin mes investigations, je sentis bientôt du côté gauche, au-dessous de l'estomac, une induration siégeant en arrière et au-dessous du côlon transverse.

Après avoir relevé le côlon et le tablier épiploïque, je pus amener au dehors, sans trop de difficulté une masse qui siégeait sur la première portion du jéjunum. Un examen plus approfondi nous fit alors reconnaître qu'il s'agissait d'un polype du jéjunum ayant amené une invagination descendante de la partie supérieure du jéjunum. Le polype, du volume d'une petite mandarine, s'opposant absolument à la réduction de l'invagination, je me décidai à inciser l'intestin, et à pratiquer l'ablation du polype : un fil à ligature fut jeté sur son pédicule, et la tumeur enlevée très simplement.

Cette ablation faite, la désinvagination fut opérée sans difficulté; je suturai mon incision intestinale. Le segment intestinal, une fois rétabli dans sa continuité, je l'examinai avec soin; il ne présentait que peu de traces de péritonite; son apparence était satisfaisante, à l'exception d'une bande blanche de 6 à 8 centimètres de long et de 1 centimètre de large, au niveau de laquelle les parois intestinales, quoique amincies, me parurent de nature à pouvoir résister; aussi, pour ne pas prolonger mon intervention, je réduisis le tout dans le ventre, ayant pris la précaution de laisser l'abdomen ouvert et l'intestin entouré de mèches iodoformées destinées à limiter les perforations qui pourraient se produire.

Les trois jours suivants se passèrent de la façon la plus satisfaisante; la température ne dépassait pas 37 degrés, le pouls était bon, bien frappé, sans fréquence; les vomissements avaient complètement cessé. La malade ne prenait rien par la bouche; elle était soutenue par des injections de sérum et des lavements nutritifs; je croyais à un résultat parfait.

Le quatrième jour, craignant d'avoir trop de difficultés pour enlever les mèches de gaze, si je les laissais trop longtemps en place, je me mis en mesure de les extraire; mais quelles qu'aient été les précautions et la douceur excessive avec lesquelles j'avais procédé, j'entendis, en mobilisant la seconde mèche, un sifflement produit par l'issue de gaz manifestement intestinaux.

Je m'arrêtai immédiatement, espérant que tout se bornerait à une petite fistule; pendant sept jours encore, l'état resta très satisfaisant, mais au *douzième jour*, en enlevant les grosses mèches que j'avais laissées en place, un flot de bile s'écoula par la

plaie et je pus constater que l'intestin grêle était fendu longitudinalement sur une longueur de dix centimètres ; la muqueuse étalait ses plis rougeâtres et ses valvules. A partir de ce moment l'état alla s'aggravant lentement, les urines devinrent plus rares malgré les injections intraveineuses et les pansements les plus soignés. Je cherchai vainement à alimenter la malade par cette jéjunostomie artificielle ; elle succomba le vingt-cinquième jour sans que son état général me permît de tenter une seconde intervention que je n'osai pas faire.

L'examen histologique du polype enlevé démontra qu'il s'agissait d'un adénome de la première portion du jejunum.

J'ai été plus heureux dans mon second cas, où j'ai eu affaire à une invagination iléo-colique que j'ai traitée avec succès par la résection de l'anse invaginée qui comprenait la fin de l'iléon, la valvule iléo-cæcale et une grande partie du cæcum.

Il s'agit d'une religieuse de vingt-huit ans qui ressentit les premières douleurs le mercredi 9 mars 1898. Ces douleurs occupaient les intestins, s'irradiant jusque dans le creux épigastrique. Pendant deux jours les douleurs, quoique vives, duraient peu, et ce ne fut que le vendredi 11 mars dans l'après-midi qu'elles forcèrent la malade à s'aliter.

Dans la nuit du vendredi au samedi, malgré de larges cataplasmes laudanisés, le mal ne fit que croître, des vomissements alimentaires survinrent. Il semblait à la malade que quelque chose allait se briser dans ses entrailles, et c'est dans cet état que je la trouvai le samedi matin. A l'examen du ventre, je trouvai une vive sensibilité dans la fosse iliaque droite, avec défense de la paroi musculaire empêchant toute palpation. Mon diagnostic fut *appendicite*, je prescrivis le repos absolu, de larges applications de glace et 3 pilules d'opium de deux centigrammes et demi. Malgré ce traitement, l'état douloureux persistait sans grand changement et de fréquents vomissements verts fatiguaient beaucoup la malade. Toutefois la température n'était pas élevée, et, le dimanche, je constatais la présence dans le flanc droit d'une tumeur que je crus être une agglomération épiploïque périappendiculaire.

Toutefois, cette tumeur paraissait presque mobile, et je me posai un moment la question de l'existence d'un rein mobile, dont cette tumeur avait tout à fait la forme et l'apparence.

Avant de pratiquer une intervention qui me paraissait s'imposer, je priai mon collègue Routier de vouloir bien me donner son avis ; ce jour-là, la tumeur n'était pour ainsi dire pas perceptible, et nous revînmes tous deux au diagnostic d'appendicite.

Le traitement médical fut repris avec rigueur pendant une

huitaine de jours ; la tumeur fut de nouveau sentie, et c'est dans ces conditions que l'intervention fut enfin acceptée et pratiquée le 22 mars, treize jours après le début des accidents, à 4 h. 1/2 du soir, avec l'aide du Dr Damourette et de M. Ardouin, mon interne.

Incision dans la fosse iliaque droite; le péritoine ouvert, je tombe sur une masse occupant le côlon ascendant; elle était assez mobile pour être facilement sortie du ventre. Après l'avoir bien isolée, à l'aide de compresses aseptiques, je vis immédiatement qu'il s'agissait d'une invagination iléo-colique, à travers les parois de laquelle je sentais une masse dure, que je crus être un polype intestinal, comme celle que j'avais opérée antérieurement et que je viens de vous rapporter. Le cylindre invaginant, la *gaine*, fut donc incisée longitudinalement et je constatai que la masse était formée uniquement par la terminaison de l'iléon, le cæcum et la valvule iléo-cæcale.

L'invagination était d'ailleurs absolument irréductible, je me trouvai donc contraint de réséquer le cylindre invaginé, ce que je fis avec tout le soin possible ; puis la muqueuse fut suturée intérieurement par des points de catgut soigneusement appliqués. Cette résection faite, je refermai mon incision du côlon et terminai mon opération par une suture superficielle à la soie fine, unissant l'iléon à l'orifice de la gaine.

Le tout fut alors rentré dans le ventre, isolé par des compresses de gaze iodoformée et la malade reportée dans son lit. L'opération avait duré une heure et demie.

Les jours suivants, l'intestin fut immobilisé à l'aide de dix pilules d'opium d'un centigramme, la malade soutenue par des injections sous-cutanées de sérum. Il n'y eut pas de réaction péritonéale; la température ne monta pas au-dessus de 37° 5 et, à part une petite crise survenue au 28e jour, tout se passa bien.

J'ai revu depuis la malade; elle a repris toutes ses occupations, recouvré une santé parfaite. Au bout de trois mois elle a éliminé dans les selles un long fil de soie qui avait servi à la suture profonde de l'intestin. Depuis cette époque, elle ne s'est plus ressentie de rien ; sa santé est actuellement parfaite.

La troisième malade est une femme de cinquante-six ans, forte encore et vigoureuse, entrée dans mon service, à l'hopital Broussais, le 9 mars 1899, pour des accidents d'occlusion intestinale aiguë, remontant à cinq jours. Entrée dans la nuit, elle est vue le lendemain matin.

Facies péritonéal assez accentué, traits tirés ; le pouls est rapide mais suffisamment frappé. Pas de selles depuis cinq jours. Ventre ballonné laissant voir le relief des anses intestinales, surtout du côlon. Très difficile à palper, on sentait cependant assez nettement

au niveau de la fosse iliaque gauche une masse compacte qui empêchait de déprimer la paroi et donnait une sensation toute différente du reste de l'intestin ; pas de matité dans les flancs. En raison des deux faits antérieurs, j'émis l'hypothèse d'une invagination intestinale siégeant au niveau de la partie inférieure du côlon descendant.

L'opération immédiate est décidée.

Chloroformisation. — Incision latérale gauche. Le péritoine ouvert, on voit au fond de la plaie, plongeant presque dans le petit bassin, une grosse masse de 8 à 10 centimètres de long entourée de brides épiploïques. Cette masse est une invagination intestinale de la portion inférieure du côlon descendant dans l'S iliaque qui forme l'anse invaginante. La portion intestinale invaginée est serrée dans un collet assez étroit; en outre, la portion du côlon située au-dessus, dilatée au maximum, empêche toute tentative de réduction. On agrandit alors l'incision cutanée, et la tumeur intestinale, entourée de compresses chaudes, est amenée au dehors de l'abdomen. Incision en boutonnière du côlon distendu ; il se vide et laisse s'écouler avec une grande quantité de gaz beaucoup de matières fécales. Cette incision est refermée immédiatement par un double surjet.

Incision sur une assez grande longueur du collet et de l'anse invaginante ; on essaie d'attirer en haut l'anse invaginée ; elle résiste toujours malgré de nombreux efforts. Incision de cette portion invaginée qui montre, implanté sur la muqueuse intestinale, un gros polype lobulé, long de 7 à 8 centimètres, supporté par un pédicule de 1 cent. et demi de long. Résection du polype. Impossibilité malgré cela de désinvaginer. Pour éviter la perte de temps, essai de l'anastomose entérorectale de Lardennois qui est abandonnée, le bouton ne se présentant pas bien, ayant perforé la muqueuse trop friable et se présentant sous la séreuse. Anus contre nature au-dessus de l'anse invaginée, tout près de la première incision. Malgré cela, accidents péritonéaux et septiques ; mort au 5e jour. A ces quatre faits observés chez des adultes de vingt-sept ans (Auvray), de vingt-trois ans, de vingt-huit ans, de cinquante-six ans (Michaux), je puis sans grandes recherches ajouter un certain nombre d'observations récentes dont quelques-unes ont été relevées par nos collègues : Faure, chez un homme de quarante-trois ans ; Picqué, chez un jeune garçon de quatorze ans ; Lejars, chez une femme de quarante ans ; Vergely (de Bordeaux), chez une femme de trente-cinq ans.

Citons encore à l'étranger : deux cas d'Alsberg, H..., dix-huit ans ; H..., soixante-douze ans ; deux cas de Lauenstein, H..., vingt-sept ans ; H..., cinquante-six ans ; un cas de Baumler chez un adulte, un fait de Karajan, jeune homme de vingt-trois ans, une

observation d'Ewald, H..., de trente-sept ans, et une observation de M. Racoviceano, communiquée le 1/13 décembre 1899 à la Société de chirurgie de Bucarest, jeune homme de vingt-sept ans.

Soit un total de 18 observations d'invagination intestinale chez l'adulte, publiées au cours de ces trois dernières années. Je ne doute pas que si j'avais eu plus de loisir pour pousser mes recherches, j'aurais pu augmenter ce nombre d'une façon encore appréciable; c'en est assez, néanmoins pour conclure logiquement que, si l'invagination intestinale est incontestablement moins fréquente chez l'adulte que chez l'enfant, le nombre des observations chez l'adulte justifie parfaitement un groupement spécial et une étude attentive.

Si on voulait établir une statistique comparative des cas d'invagination chez l'adulte et chez l'enfant, on pourrait, d'après les statistiques si complètes de Leichtenstern, de Wiggin, de Rafinesque, fixer à 55 p. 100 environ la proportion des cas d'invagination au-dessous de dix ans, les 45 p. 100 complémentaires représentant à peu près la proportion chez les adultes.

Les faits que j'ai rassemblés plus haut confirment également la fréquence plus grande de l'invagination chez l'homme; par une coïncidence bizarre, mes trois observations ont trait à des femmes.

Si l'invagination intestinale aiguë est plus fréquente, plus rapide dans son évolution chez l'enfant, si l'évolution des accidents chez l'adulte est plus longue, il ne faudrait pas en conclure que l'invagination intestinale soit chez ce dernier plus simple.

On a coutume de diviser les cas d'invagination en deux catégories :

1° Invaginations aiguës; 2° invaginations chroniques.

Lobstein, Rafinesque, Peyrot, notre collègue Jalaguier, ont très justement fait ressortir ce que cette classification avait d'incomplet, d'imparfait.

Je me range pour ma part absolument à l'avis de Lobstein et de Peyrot, qui assimilent l'invagination intestinale à une hernie de l'intestin dans l'intestin lui-même.

L'invagination intestinale, dit John Gay, est anatomiquement une *inversion*, et chirurgicalement une *hernie entérique*.

Cette invagination est *simple*, à évolution lente, sans accident, comme une hernie réductible; elle peut ainsi persister de longs mois sans produire d'accidents graves. C'est la forme chronique type, magistralement décrite par Rafinesque.

Presque toujours l'invagination intestinale est *compliquée*; on ne diagnostique même guère d'autre variété que celle-là. Tantôt elle se complique d'accidents aigus, c'est l'invagination aiguë typique; tantôt les accidents évoluent plus lentement et on observe

pour ainsi dire tous les intermédiaires entre la forme aiguë et la forme chronique, entre la forme avec accidents et les formes où il n'y en a que peu ou point.

Chez l'adulte, l'invagination intestinale affecte beaucoup plus rarement que chez l'enfant la forme suraiguë; il faut plusieurs jours pour produire la gangrène intestinale, et on n'observe guère de faits comparables à celui de notre collègue A. Broca, où la gangrène était constituée au bout de trente heures.

Chez ma première malade, où l'invagination siégeait très haut sur l'intestin grêle, où l'obstruction était absolue, les vomissements incessants, la gangrène ne se traduisait treize jours après le début des accidents que par une bande blanche et amincie qui ne m'a pas paru assez malade pour justifier une suture spéciale.

Dans mes trois observations, comme dans celle de notre collègue Auvray, il n'y avait pas de réaction péritonéale à distance, les deux cylindres n'étaient même pas accolés, le doigt pénétrait facilement dans leur intérieur et pouvait circonscrire le cylindre invaginé, et pourtant la désinvagination était absolument impossible dans les trois cas.

Les faits que nous avons observés et ceux que nous avons lus nous conduisent à cette conclusion que les lésions sont moins rapides, moins profondes dans l'invagination intestinale chez l'adulte que chez l'enfant.

Il est encore une autre différence que je voudrais souligner, savoir, la rareté extrême des polypes de l'intestin comme cause de l'invagination chez l'enfant, leur fréquence relative chez l'adulte.

Jalaguier, dans son excellent article du *Traité de chirurgie*, n'a pu trouver qu'un cas de Walsham dans lequel une petite tumeur sessile paraissait avoir déterminé le déplacement chez un enfant de huit mois. Notre collègue au contraire insiste sur la fréquence relative de ces polypes et tumeurs de l'intestin comme causes de l'invagination intestinale chez l'adulte.

Tous les traités reproduisent la statistique de Leichtenstern, qui a trouvé trente cas de polypes de l'intestin sur six cents invaginations environ, soit 5 p. 100. Je ne sais si cette proportion se trouverait vérifiée dans une statistique différente; pour ma part, deux de mes invaginations étaient produites par des tumeurs de l'intestin; l'une de ces tumeurs était un adénome du jéjunum, l'autre un lipome sous-muqueux de l'S iliaque.

J'ai relevé sans peine quarante à quarante-cinq faits de polypes ou de tumeurs de l'intestin; voici quelques remarques déduites de la lecture de ces observaiions :

1° L'invagination intestinale vient compliquer au moins la moitié des faits de polypes ou de tumeurs de l'intestin.

2° Au point de vue de leur siège, les polypes sont plus fréquents dans l'intestin grêle que dans le gros intestin dans la proportion de 2 pour 1.

Sur 34 observations extraites de la thèse de Nigay, du mémoire de M. Heurteaux, et de nos faits personnels, je note :

26 polypes de l'intestin grêle,

9 polypes du gros intestin.

3° Il faut faire une classe à part pour les tumeurs malignes dont j'ai cinq observations, deux sarcomes et trois épithéliomas, et dont notre collègue Lejars a fait une intéressante étude dans la *Revue de chirurgie abdominale* de 1897, étude basée sur 11 cas d'épithéliomas occupant le cæcum et la valvule iléo-cæcale, et ayant été le point de départ d'invagination intestinale.

Enfin, les *lipomes de l'intestin* étant rares, on me pardonnera de faire une courte mention de l'observation que j'ai recueillie à Broussais en 1899. L'examen histologique, fait par mes internes MM. Courcoux et Gouraud, a pleinement confirmé le diagnostic posé par l'examen microscopique.

Cette observation n'est pas unique; j'en citerai quatre autres exemples : deux cas de lipomes de l'intestin grêle :

Cas figuré par Virchow (*Path. des tumeurs*, t. I, p. 378);

Cas de Nattan-Larier et Roux (*Soc. anat.*, 1897, p. 405),

Et deux cas de lipomes du gros intestin;

Un cas de Sangalli (Virchow. *Path. des tumeurs*, t. I, p. 378) ;

Un cas de M. Th. Anger, présenté à la Société anatomique en 1881 par notre collègue Tuffier, alors son interne.

L'étude clinique de l'observation de M. Auvray et des trois faits soumis à notre observation personnelle nous montre combien est difficile le diagnostic de l'invagination intestinale.

Étant donné la rareté de ces faits soumis à notre observation, et l'aspect clinique sous lequel ils se présentaient, cette difficulté de diagnostic n'a rien pour nous surprendre.

En présence des douleurs abdominales intenses, étendues à tout le ventre, des vomissements verdâtres, de la rétraction du ventre, de sa sensibilité rendant la palpation difficile, avec une élévation insignifiante de la température et du pouls, il n'y a rien d'étonnant qu'Auvray et moi nous ayons pensé à une appendicite, appendicite simple dans mon observation, appendicite avec péritonite par perforation dans le cas de M. Auvray, où les phénomènes de réaction péritonéale étaient à leur maximum avec ballonnement du ventre, altération profonde des traits, yeux excavés, nez pincé, narines pulvérulentes, facies exprimant la gravité de l'état local.

Quand on se trouve, comme dans ma première observation, en présence d'une jeune femme de bonne apparence, souffrant cruel-

lement du creux épigastrique, ayant une intolérance gastrique absolue, vomissant tout ce qu'elle prenait, avec une demi-induration de la région épigastrique et une sensibilité très vive de toute cette région, à quelle autre affection peut-on penser qu'à un ulcère de l'estomac en voie d'évolution rapide? Tel avait été mon diagnostic, tel fut aussi celui du professeur Dieulafoy, qui avait examiné cette malade avec le plus grand soin.

Il est bien évident d'ailleurs que le siège de l'obstacle influe considérablement sur la symptomatologie de l'affection; un obstacle siégeant dans le duodénum, dans la partie voisine du jéjunum, dans le côlon transverse éveillera forcément l'idée d'une affection gastrique; un obstacle siégeant sur la valvule iléo-cæcale. le cæcum, ou la partie terminale de l'iléon, imposera presque fatalement le diagnostic d'appendicite, puisque cette affection a le même siège, les mêmes caractères cliniques, éveillera la même réaction péritonéale, donnera la même sensation de masse intestinale ou épiploïque enflammée; enfin, un obstacle *colique* fera hésiter avec une lithiase rénale ou hépatique et une invagination de l'S iliaque ou des anses grêles situées dans le petit bassin, fera penser à une affection annexielle.

Il faut avoir l'esprit bien prévenu par des faits antérieurs, pour penser, en présence d'une tumeur abdominale, à une invagination, et ce n'est que dans ma troisième observation que j'ai pu, prévenu par mes deux premières erreurs de diagnostic, émettre l'hypothèse de l'invagination intestinale qui a été confirmée par l'opération.

L'intensité des douleurs abdominales, la fréquence des vomissements porracés, le gonflement du ventre, font souvent porter le diagnostic de péritonite par perforation. Et il faut bien le dire, nous disposons de bien peu de signes pour établir le diagnostic; ne savons-nous pas que tel cas où le ventre est plat, à peine ou peu sensible et rétracté, où la température ne dépasse pas 37°5, le pouls à 76 ou 80, les vomissements rares, est cependant un cas type de péritonite par perforation, qui ne deviendra sensible par la gravité des phénomènes, la fréquence du pouls, le ballonnement du ventre, que quelques heures à peine avant la mort?

Ces généralités exposées, je ferai remarquer que dans la plupart des cas d'invagination chez l'adulte, les altérations de la température et du pouls, la plus ou moins grande fréquence des vomissements, leur nature, alimentaire, biliaire, fécaloïde, n'ont rien de bien particulier qui mérite d'être signalé. Il faut évidemment les noter avec soin, comme dans toute affection abdominale grave, avoir un tracé de la température et du pouls, heure par heure; mais en général, on ne trouvera pas là le signe qui permettra de songer à une invagination intestinale.

Bien que très importante, la douleur n'a non plus rien de spécial, et je n'ai aucune remarque particulière à faire sur ce point, non plus que sur la non-émission de gaz et de matières par l'anus.

Beaucoup plus importante, est la constatation de la tumeur abdominale formée par l'anse invaginée ; cette constatation, je l'ai faite chez mes trois malades, mal chez la première, qui avait une induration sur les limites des régions de l'épigastre et de l'hypocondre gauche ; mieux, mais d'une façon intermittente, chez la jeune religieuse que j'ai opérée et guérie. Il existait une tumeur de l'hypocondre droit que j'avais prise pour un rein flottant et que j'ai nettement sentie à deux reprises différentes.

La sensation était plus nette chez la troisième malade, où l'induration abdominale siégeant dans l'S iliaque, rapprochée d'une sensation un peu éloignée fournie par le toucher rectal, complétait heureusement la première et m'avait à peu près permis de poser le diagnostic d'invagination intestinale.

Cette sensation de tumeur perçue par l'abdomen ou par le toucher est d'ailleurs signalée dans bon nombre d'observations : 9 fois sur 23 (Peyrot), 24 fois sur 60 (Besnier), 222 fois sur 433 observations (Leichtenstern).

Rafinesque fait justement remarquer que c'est à peine si on mentionne 3 ou 4 cas certains où cette tumeur n'était pas perceptible.

Je n'ai observé ni l'érection, ni les mouvements vermiculaires ou péristaltiques de l'invagination signalés par quelques auteurs tels que Duchaussoy, Wood, Gasté, Nissen, Phélan, Brinton.

Reste une dernière question, celle du traitement chirurgical de l'invagination intestinale.

Je ne connais pas d'exemple de guérison certaine d'obstruction intestinale consécutive à une invagination intestinale, traitée par les moyens médicaux seuls.

Je n'en voudrais à mon avis essayer qu'un seul : les grands lavages de l'intestin grêle, faits avec toute la prudence possible avec une pression très douce, très lente. Encore ce moyen ne devrait-il être conseillé que tout à fait au début.

On peut poser en principe qu'il n'y a d'autre traitement de l'invagination intestinale que le traitement chirurgical.

Des quatre méthodes qui composent la thérapeutique chirurgicale de l'invagination intestinale, j'en laisserai deux de côté, parce que je n'ai rien à en dire.

Je veux parler de l'anus contre nature et de la désinvagination par laparotomie quand elle est possible.

L'anus contre nature n'est généralement dans l'invagination intestinale qu'un pis-aller ; on ne l'emploie que dans les cas désespérés où l'on est appelé trop tard, où les malades sont trop affaiblis et ne

supporteraient pas une grosse intervention radicale. C'est de cette situation désespérée sans doute que proviennent les détestables résultats de l'anus contre nature dans le traitement de l'invagination.

Inversement, la laparotomie avec désinvagination s'applique aux cas les plus favorables, à ceux où l'invagination est relativement récente, où elle est simple, où elle n'est pas compliquée d'adhérences, ni de la présence de tumeurs. On arrive sur l'invagination, on l'attire au dehors, et par des tractions sur le bout invaginé, aidées de pressions légères en sens inverse sur la gaine, on opère la désinvagination.

En raison même des circonstances favorables de cette intervention, on comprend les excellents résultats qu'elle donne. La statistique de Gibson relève 61 guérisons et 38 morts sur 99 cas de désinvagination opérés de 1887 à 1897.

Cette statistique s'est encore bien améliorée depuis. Mais les cas difficiles, où l'invagination est irréductible ou compliquée de la présence d'une tumeur sont bien autrement embarrassants, et c'est de ceux-là seuls que je voudrais parler, parce que ce sont les seuls que j'aie vus.

Pour ces cas, il n'y a que deux opérations ; une tout à fait radicale qui consiste à réséquer toute l'invagination, et à réaboucher ensuite les deux bouts, soit à l'aide du bouton de Murphy soit à l'aide d'une entérorraphie circulaire.

Cette opération est théoriquement bien séduisante, elle est sans doute *l'opération de l'avenir*, mais dans le présent, elle offre encore une gravité considérable. Gibson compte 4 guérisons sur 14 cas de résection ; encore s'agissait-il toujours de l'adulte.

Une statistique plus récente de 1897 à 1900 qui m'a été très gracieusement communiquée par M. Auvray, comprend également 14 cas avec 8 guérisons et 6 morts. La proportion des décès s'est comme on le voit singulièrement améliorée.

Malgré cela, je ne crois pas que, dans les conditions difficiles où se trouvent la plupart d'entre nous dans des services où la séparation n'existe pas pour les malades septiques, je ne crois pas, dis-je, que cette opération soit l'opération de choix actuelle ; les statistiques sont souvent plus belles que la réalité des faits.

Reste l'opération à laquelle nous avons eu recours et qui consiste à ouvrir l'intestin invaginant, la gaine, à réséquer le boudin, la tumeur intestinale, s'il y en a une, et à refermer ensuite le tout par des sutures soignées au catgut et à la soie fine.

C'est l'opération à laquelle j'ai eu recours dans mes trois observations ; bien que dans les deux premiers cas au moins l'invagination fût très mobile, l'opération ne laissa pas que de présenter des difficultés.

Théoriquement, réséquer le boudin à travers une incision de la gaine est chose très facile; pratiquement, il n'en est pas de même.

Dans son *Traité de chirurgie*, notre collègue Lejars a donné une très bonne description de la manière de procéder à cette résection; on fera bien de la suivre très exactement.

En résumé, cette opération me paraît *actuellement* la méthode de choix, celle à laquelle il faut recourir dans tous les cas moyens, chez des sujets adultes suffisamment résistants, étant bien entendu ceci, que dans tous les cas où elle est possible, la désinvagination doit lui être préférée.

Je propose d'adresser des remerciements à M. Auvray et de garder bon souvenir de la très intéressante observation qu'il nous a adressée.

M. Reclus. — Je voudrais rappeler une opération intéressante qui fut pratiquée dans mon service par M. Faure. L'observation se rapportait au premier type de M. Michaux. Le malade avait déjà été laparotomisé deux fois; il entra à Lariboisière moribond; M. Faure fut appelé. Il trouva une invagination produite par un polype et réséqua 87 centimètres d'intestin grêle. Le malade guérit. Au bout de quelque temps, il entra dans mon service avec des accidents graves à allure chronique, ce qui fit que l'on attendit quelque temps. On fit la laparotomie, l'intestin était agglutiné en gâteau; il y avait des portions sphacélées, des anses intestinales gangrenées; on vit que c'était une nouvelle invagination et on fit la résection. On enleva 40 à 50 centimètres d'intestin et on fit la suture bout à bout, qui fut difficile à cause de l'altération de la paroi. Trois ou quatre jours après, le malade alla mal; il se produisit une débâcle. Il s'était fait une perforation; il fallut pratiquer une nouvelle opération et faire une suture par anastomose latérale. Le malade succomba au bout de trois ou quatre jours.

M. Broca. — Pour faire suite à ce que vient de dire M. Reclus, je rappellerai que j'ai présenté ici, voilà quatre ou cinq ans, une fillette opérée et guérie d'une invagination intestinale. Un an plus tard, cette enfant fut apportée mourante dans le service de M. Brun où elle succomba à une récidive de son invagination, je pense.

M. Brun. — Elle n'avait pas de nouvelle invagination, mais une occlusion intestinale résultant d'une coudure.

M. Broca. — L'année suivante, M. Legueu fut appelé dans mon service pour opérer un enfant atteint d'invagination. Il guérit. Cinq semaines plus tard, il fut rapporté dans mon service avec une nouvelle occlusion. Je rouvris le ventre et trouvai plusieurs coudures que je libérai; l'enfant guérit encore.

Communication.

Hernie inguinale droite congénitale (variété vaginale enkystée) survenue subitement et étranglée d'emblée; apparition simultanée très rapide d'une hydrocèle volumineuse; difficultés du diagnostic; kélotomie et cure radicale,

par M. CAHIER.

Le rapport que M. Broca vous a lu dans la dernière séance, concernant un cas de hernie inguinale appartenant à la variété vaginale enkystée étudiée en 1863 par Bourguet (d'Aix) m'engage à vous communiquer une observation de cette forme de hernie survenue subitement, étranglée d'emblée, qui me paraît intéressante à plus d'un titre.

Il y a un mois environ, un élève officier, âgé de vingt-quatre ans, très vigoureux, jusqu'alors bien portant, n'ayant jamais présenté la moindre trace de tumeur herniaire, et dont le testicule droit était seulement un peu plus volumineux que le gauche, sans que ce fait eût jamais attiré plus particulièrement l'attention des médecins qui, à plusieurs reprises lui passèrent la visite médicale d'incorporation, ressent, tout à coup, en montant à cheval, dans la matinée, une douleur assez vive dans l'aine droite. Il prend part néanmoins à l'exercice d'équitation, descend de sa monture une demi-heure après et s'aperçoit alors de l'existence d'une tumeur dans le scrotum droit. Le médecin de l'Ecole, appelé, pense, après un premier examen, qu'il s'agit, peut-être, d'une hématocèle traumatique; mais, quelques heures plus tard, la tumeur paraissant s'accroître, devenant douloureuse et s'accompagnant de quelques vomissements, il conclut qu'il s'agit probablement d'une hernie étranglée et envoie le malade à l'hôpital dans l'après-midi.

Le médecin de garde qui, en mon absence, examine cet élève officier, constate l'existence dans le scrotum droit d'une tumeur ovoïde, à peu près du volume du poing, avec laquelle se confond le testicule, qu'on ne retrouve pas; elle est rénitente plutôt que fluctuante, très tendue, un peu douloureuse, à la pression surtout, sans retentissement notable du côté de l'abdomen ; le facies du malade est excellent, le pouls fort et bien frappé à 70; toutefois il y a des nausées et pas d'émission de gaz par l'anus. Tout en faisant ses réserves au point de vue de l'étranglement herniaire, le médecin de garde, ainsi qu'un deuxième médecin de l'hôpital qui a été appelé, pense qu'on se trouve très probablement en présence d'une hydro-hématocèle traumatique avec retentissement péritonéal réflexe et commence par prescrire un bain chaud prolongé et une injection de morphine.

A 7 heures du soir je vois le malade qui, à ce moment, d'après son dire et celui des premiers médecins qui l'ont examiné, présente une accalmie sensible des divers phénomènes observés tout d'abord. L'état général est bon, le pouls bien frappé à 74 pulsations, la miction

est normale; toutefois, si les vomissements ont cessé, il persiste quelques hoquets et les gaz ne passent pas par l'anus.

Du côté du scrotum, je constate l'existence d'une tumeur ovoïde, à grand axe vertical, du volume du poing, dont la petite extrémité arrive jusque dans l'anneau inguinal externe s'opposant ainsi à l'introduction du doigt dans le canal; elle est régulière, fluctuante et non plus rénitente, la tension qu'elle présentait tout d'abord ayant disparu; il n'existe pas de douleur, mais seulement une sensibilité assez vive à la pression au-dessous de l'anneau où l'exploration digitale fournit une sensation tout à fait analogue à celle que donne le cordon testiculaire dans la funiculite; la glande est confondue avec la tumeur dont le contenu ne peut être refoulé, par la pression dans l'abdomen.

Au moyen de l'éclairage par une bougie, je constate, à mon grand étonnement, et fais constater par les médecins présents, que cette tumeur, dans toute son étendue, depuis l'anneau inguinal externe jusqu'au fond des bourses est d'une transparence parfaite; l'ovoïde est rosé partout sans la moindre zone obscure; à peine si une légère opacité diffuse laisse entrevoir le testicule là où il se trouve habituellement dans les hydrocèles, en bas et en arrière.

Le cas devenait embarrassant; j'avais cru, tout d'abord, avoir très probablement affaire à un étranglement herniaire d'allure quelque peu anormale; mais une hernie congénitale vaginale testiculaire ou funiculaire étranglée, même quand il se fait dans le sac sous l'influence de l'inflammation un épanchement séreux abondant, ne présente pas et ne peut présenter, par le fait de sa présence dans le sac, une transparence aussi complète et aussi uniforme. D'un autre côté, la rapidité avec laquelle une hydrocèle aussi volumineuse s'était produite (en une heure et demie environ la tumeur avait atteint son plein développement), pouvait à bon droit étonner l'observateur; c'était pourtant une hydrocèle pure; enfin les allures relativement bénignes de l'affection détournaient de l'idée d'un pincement intestinal concomitant.

Dans ces conditions, et d'accord avec les médecins présents, je m'arrêtai à l'idée d'une vagino-funiculite séreuse traumatique (le malade étant indemne de toute blennorragie), avec distension de la vaginale ayant amené quelques réflexes péritonéaux. L'état général étant bon et les phénomènes plus aigus du début s'étant amendés, de l'avis du malade et des médecins qui l'observèrent tout d'abord, je différai toute intervention, mais fis toutefois préparer tout ce qui pouvait être nécessaire pour une opération, à pratiquer si des symptômes graves venaient à apparaître dans la nuit.

Je vois le malade le lendemain matin à 8 heures, l'état général se maintient bon ; toutefois, l'émission des gaz par l'anus ne se fait pas ; il y a du hoquet et l'ingestion d'un peu de lait, pris une heure avant, a été suivie d'un vomissement ; les caractères de la tumeur n'ont pas changé.

L'aspect insolite de ces phénomènes, ces allures au moins bizarres d'une hydrocèle, me laissant l'esprit inquiet, je résolus de ponctionner la tumeur de façon à dégager le testicule et le scrotum, et à m'assurer

que l'épanchement vaginal ne masquait pas quelque chose de plus grave. En tout cas, si l'interruption dans le cours des matières intestinales n'était qu'un réflexe dû à la distension brusque de la vaginale, elle devait cesser une fois l'épanchement évacué.

Je fis donc, au lieu d'élection, d'abord avec une aiguille de Pravaz, puis avec un trocart moyen, une ponction qui donna issue à 150 grammes de liquide séreux, citrin, un peu teinté en rose. Une fois la séreuse vidée, le testicule, d'aspect normal, se retrouva à sa place ; mais alors, en haut du scrotum, apparut une autre tumeur du volume d'un gros œuf, se prolongeant dans le canal inguinal, douloureuse à la pression, surtout au niveau de son pédicule, rénitente, non fluctuante et sans transparence.

Où s'était-elle dissimulée jusqu'alors, je l'ignore ; probablement en haut, en arrière et en dedans de la vaginale distendue ; peut-être était-elle restée tassée dans le trajet inguinal, formant une sorte de hernie inguino-interstitielle maintenue en place par la petite extrémité de l'ovoïde.

Je fis, séance tenante, transporter le malade à la salle d'opération (l'accident datait alors de vingt-quatre heures) et procédai à la kélotomie. Il s'agissait bien d'une entérocèle étranglée dans un canal préformé. L'intestin était noirâtre, violacé, mais sans lésions de ses tuniques, enfermé à sec dans un sac indépendant de la vaginale. En cherchant à se rendre compte de la situation réciproque de ces parties, on voyait que, sur une étendue de plusieurs centimètres, le feuillet postérieur de la vaginale testiculaire empiétait à sa partie supérieure sur les faces antéro-latérales du sac herniaire, lui constituant une sorte de revêtement interrompu en arrière.

L'opération, qui fut suivie de la cure radicale, ne présenta rien de particulier à signaler. Toutefois, l'étranglement siégeait très haut, le sac présentait dans son trajet inguinal deux diaphragmes incomplets qui le rétrécissaient, et son isolement d'avec les éléments du cordon en arrière fut d'autant plus difficile qu'il était très mince et sans résistance. J'excisai, pour finir, une bonne partie de la vaginale testiculaire et suturai le reste par un surjet au catgut, de façon à reconstituer une enveloppe à la glande.

Dès l'après-midi, le cours normal des gaz se rétablit ; le lendemain et le surlendemain, le malade présenta des phénomènes de congestion pulmonaire qui ne durèrent que quelques heures et cédèrent à l'emploi des ventouses et aussi à l'usage interne de la levure de bière sèche qui m'avait été conseillée par M. le médecin principal Calmette, de l'hôpital militaire de Versailles, et qui paraît avoir fourni, dans cette circonstance, des résultats rapides et réels. La réunion s'est faite par première intention et le malade est complètement guéri aujourd'hui.

Ce qui, dans cette observation, me paraît digne de retenir plus particulièrement l'attention, c'est cette apparition simultanée, brusque, inopinée d'une hernie qui s'étrangle en se produisant,

et d'une hydrocèle volumineuse du même côté. Sans doute le sac herniaire et la vaste cavité vaginale, destinés, l'un à recevoir l'intestin, l'autre la sécrétion séreuse, étaient préformés, et c'est le voisinage de l'étranglement qui, joint peut-être à un traumatisme, a engendré l'exsudation liquide. Toutefois, je crois très rares les cas analogues à celui qui fait l'objet de cette communication, et comme ils sont susceptibles d'égarer le diagnostic et de conduire à la temporisation, pour peu que les signes généraux de l'étranglement soient atténués, j'ai tenu à vous signaler ce fait.

Discussion

De la stérilisation des mains; de l'asepsie opératoire.

M. Broca. — J'ai lu il y a huit jours, dans la *Semaine médicale*, un article ou un auteur allemand nous montre exactement quelle est la portée de notre discussion actuelle. J'y ai appris que les chirurgiens français s'attachaient, jusqu'à ces derniers temps, à perfectionner « la technique » c'est-à-dire la médecine opératoire, tandis que les chirurgiens allemands s'attachaient à « l'asepsie ». Et l'asepsie paraît à notre auteur compatible seulement avec l'emploi des gants, des masques, etc. Or, si je prends la parole aujourd'hui c'est parce que je pense que gants, masques, etc., ne sont nullement indispensables à la chirurgie aseptique, avec réunion immédiate. On peut ne pas cracher dans les plaies et se passer de masque; on peut aussi se passer de gants.

Pour les gants de fil, M. Tuffier est parmi nous leur seul partisan. Cela ne m'étonne pas, car dans l'article que je viens de citer j'ai appris que pour qu'ils fussent utiles, il fallait en changer toutes les cinq, au plus, toutes les dix minutes. Alors, je ne comprends plus : et je ne saurais me fier à cette cuirasse contre l'habilité qu'un peu d'humidité transforme en une toile d'araignée contre le mal.

Les gants de caoutchouc, au moins, ont en théorie leur raison d'être : au cours d'une opération septique, ils préservent les mains du chirurgien; si l'opération est aseptique, ils protègent la plaie contre les microbes qui, par sudation probablement, contaminent ces mains au bout d'un temps variable. Et, tout aussi bien que Bazy, que Rochard, que Delbet, j'avais cru comprendre, à l'exposé oral, que M. Quénu affirmait la nécessité d'employer ces gants pour toutes les opérations. Malgré les protestations indignées que jusqu'à présent M. Quénu nous a fait entendre au début de chaque séance, et au risque de me faire interrompre à mon tour, je me

permettrai de nous trouver excusables. Sans doute, quand on scrute comparativement les textes des deux mémoires de M. Quénu, l'ancien et le nouveau, on conclut que nous avons un peu exagéré la doctrine. Mais n'avons-nous pas entendu que MM. Poirier et Tuffier, l'an dernier, avaient « par trop restreint l'usage des gants de caoutchouc » en les « accordant » à M. Quénu pour les opérations septiques? N'avons-nous pas entendu également que « couramment M. Quénu exécute avec des gants des extirpations de trompes malades, de kystes ovariques, des hystérectomies abdominales, des appendicites à froid ou des cures radicales de hernie »? Or, je penserais volontiers qu'une fois rompu à cet exercice, le chirurgien n'a aucun motif pour réserver l'usage des gants aux opérations pratiquées le lendemain ou le surlendemain d'une opération septique où leur emploi a été impossible; car nous sommes tous d'accord sur ce point que l'on ne peut conserver pendant longtemps les mains aseptiques.

Mais je crois, pour ma part, que le fait principal est d'opérer vite et de se rincer très souvent les mains pendant l'opération. J'ai l'opinion arrêtée que nous devons diriger dans ce sens notre éducation manuelle et nos résultats seront au moins aussi bons que si nous mettons des gants de caoutchouc.

Je suis à la tête d'un service particulièrement dégoûtant, où *tout* doit être opéré dans la même salle, depuis les ostéomyélites les plus foudroyantes jusqu'aux lésions les plus aseptiques. Si je mets à part les appendicites à froid et les cures radicales de hernie, les ouvertures du péritoine sont rares; mais dans mon service ces deux opérations sont des plus fréquentes, et d'autre part, j'estime qu'en cas d'asepsie insuffisante, une ostéotomie diaphysaire du fémur ou du tibia, une arthrodèse, une tarsectomie sont au moins autant que le péritoine propices à une infection grave.

Tout aussi bien que M. Picqué, je proteste contre ces installations vicieuses parmi lesquelles je pense cependant qu'il a grand tort de ranger l'hôpital Bichat. Mais, au total, j'obtiens de bons résultats. J'ai pratiqué, par exemple, environ 1.500 cures radicales de hernie : en juillet 1893, j'ai eu le malheur d'enregistrer une mort par péritonite. Quant aux infections locales, qui guérissent après une suppuration de quelque importance, c'est à peine si j'en compte deux ou trois par an. Je n'observe plus d'éliminations de fils précoces ou tardives depuis que je fais toutes les sutures perdues au catgut, et ce que l'on a dit sur l'infériorité de cette substance pour la solidité ultérieure de la paroi me paraît tout à fait erroné. Cette opinion a d'abord été partagée par moi, et je passais à cause de cela sur quelques éliminations de soie;

d'autant plus que le catgut stérilisé d'avance, en provision, commercialement, m'a toujours paru très infidèle. Depuis avril 1897, je me sers de catgut stérilisé, bobine par bobine, dans l'alcool absolu, en de petits autoclaves que je fais passer à 130 degrés avec mes compresses, dans la même grande boîte; et ce procédé m'a donné toute satisfaction.

On m'objectera peut-être que, si j'ai renoncé à la soie c'est parce que, opérant sans gants quelle que soit l'opération, j'ai des mains insuffisamment aseptiques. Mais si, par l'emploi du catgut j'arrive, pour guérir mes malades par première intention, au même résultat que par l'usage de gants qu'il faut changer à chaque opération et souvent au cours d'une opération, ma méthode n'a-t-elle pas le grand avantage de la simplicité? Or, j'estime qu'en chirurgie, à résultat égal, la méthode la plus simple et la plus rapide est de *beaucoup* la meilleure.

Donc, avec un peu d'attention, un chirurgien imbu des principes de la méthode aseptique doit pouvoir opérer n'importe quoi à peu près n'importe où. Et j'ai vu avec plaisir que, malgré ses craintes préalables, mon maître M Terrier a obtenu à la Pitié une série aussi belle qu'à Bichat, sans avoir eu pour cela besoin de changer ses habitudes, de se raser, de se masquer, de se ganter. J'ai vu avec non moins de plaisir qu'il s'est rangé nettement parmi ces « hommes sales » contre lesquels avait tonné M. Tuffier : de ces hommes, j'en suis, aussi bien que Routier, que Delbet, que Bazy. J'en passe, et me trouve en aussi bonne compagnie que dans le camp opposé.

Quand j'ai l'ennui d'observer de la suppuration après une opération aseptique, j'ai la notion très nette que l'infection de mes mains par une opération septique de la veille n'y est pour rien. Il est inutile de dire que chaque jour je fais attention, dans la limite du possible, à terminer la séance par les opérations septiques; c'est une précaution élémentaire à laquelle nous nous astreignons tous, mais je dis, dans la limite du possible. Car, bien entendu, je n'ai pas laissé mourir de sa hernie étranglée un grand garçon qu'on m'a apporté un jour pendant que je finissais d'opérer un infect abcès appendiculaire : et il a guéri sans rougeur d'un fil, à une époque où j'employais la soie. Dans un service aussi chargé d'opérations que le mien et pourvu de locaux aussi insuffisants, il va sans dire qu'un fait analogue s'est produit plus d'une fois en huit ans. Car l'installation du service du même hôpital où, jusqu'en 1897, j'ai remplacé M. Lannelongue, ne valait pas mieux. Et toujours, m'étant désinfecté les mains avec un soin extrême, j'ai guéri sans encombre ces malades, qu'au début j'opérais en tremblant.

Pas plus que les orateurs qui m'ont précédé, je ne blâme l'emploi des gants. Libre à MM. Quénu et Tuffier d'en mettre, même en fil. Mais si j'ai pris la parole pour indiquer à grands traits ma pratique, c'est que je considère comme inadmissible qu'ils jettent l'anathème avec excommunication majeure, sur les chirurgiens qui ne font pas comme eux. L'un d'eux nous a traités « d'hommes sales » et l'a imprimé; l'autre, qui, il est vrai, n'a pas maintenu ses paroles au procès-verbal, a comparé cette discussion à « la situation » de Després contre Championnière au moment des grandes joûtes sur l'antisepsie. J'ai vu le moment où on allait nous attribuer comme devise le proverbe populaire : Que toucher quelque chose de sale porte bonheur. En réalité, Routier, Delbet, Bazy et moi, affirmons seulement qu'avec des précautions on peut, on doit éviter que cela porte malheur.

Delbet nous a dit comment il se lavait les mains, mais je crois qu'il est impossible de fixer, à cet égard, des règles précises. Certes, tous nous mettons au premier rang le savonnage et le brossage, mais le reste de la manœuvre varie nécessairement, car la réaction des épidermes vis-à-vis des divers antiseptiques est tout à fait individuelle. Delbet insiste sur le décapage à l'alcool : sur mes mains, cela va juste à l'encontre du but, car l'alcool me sèche l'épiderme, me le rend rugueux, difficile à maintenir propre. M. Terrier nous recommande l'essuyage, parce que l'humidité quotidienne pendant plusieurs heures lui abîme les téguments : je la supporte dans la perfection. Et, fait qui semblera paradoxal à la majorité de mes semblables, c'est le lavage à l'eau chaude qui me gerce les mains en hiver.

Personnellement, quand je viens de faire une opération septique où j'ai été forcé de me contaminer les mains, je me lave tout de suite au permanganate de potasse et au bisulfite; puis, après rinçage dans le sublimé à 1/1000, je me décape l'épiderme en frottant avec de la glycérine. Si quelqu'un me dit que cela lui abîme la peau, je n'en serai pas surpris : j'ai bien eu un interne, des plus distingués, qui ne supportait pas le sublimé à 1/2000 et pataugeait sans inconvénient dans l'eau phéniquée même forte.

Après un contact particulièrement septique, je ne me contente pas d'un seul nettoyage au permanganate : je recommence le lendemain avant d'opérer. Mais j'ajoute tout de suite que cela est très rare. En effet, comme l'a fort justement dit M. Terrier, avec un peu de soin on apprend à limiter beaucoup les contacts septiques. Pour drainer une pleurésie purulente, une appendicite, il est tout à fait inutile de barboter dans le pus pendant une heure. Au bout d'une pince bien maniée, on fait beaucoup de choses. De même pour les pansements les plus malpropres : un de mes

malades m'avait baptisé « pinçurgien », sous prétexte qu'en le pansant je ne travaillais pas de mes mains.

La pratique a prouvé à plusieurs chirurgiens, dont moi, l'expérimentation a prouvé à Delbet, qu'après des contacts septiques, on peut se stériliser les mains. Vais-je donc contester l'assertion de ceux qui prétendent le contraire? Pas du tout. Ici encore doivent intervenir des facteurs individuels des plus importants. Il y a des mains glabres et des mains poilues; des peaux saines et des peaux eczémateuses, toujours excoriées; des sujets qui n'ont jamais de furoncles, d'autres qui en ont constamment. Rien de variable, encore, comme la sudation. Croyez-vous que les sueurs, eczémateux, poilus et furonculeux vont se stériliser les mains aussi facilement que les autres? Certainement non. Qu'ils emploient donc, s'ils en ont besoin, toutes les herbes de la Saint-Jean, mais qu'ils ne nous méprisent pas.

D'autant mieux que l'un des partisans des gants, mon ami Nélaton, nous a apporté une observation qui, si on l'interprète dans le sens qu'il désire, prouve tout au moins que les gants ne servent à rien. Il nous dit : je pansais un phlegmon stercoral avec des gants; quatre jours après le dernier contact, j'opère une hernie ombilicale et la malade meurt. Comme l'a fort bien fait remarquer Bazy, où est la preuve que l'infection soit venue, par la main de Nélaton, du phlegmon stercoral? Nulle part. Mais supposons-la admise : est-ce donc que le gant, perforé à l'insu du chirurgien, ou simplement poreux, est devenu « une toile d'araignée contre le mal »?

Je crains donc que nous n'ayons souvent là une de ces fausses sécurités plus dangereuses que la connaissance du péril. C'est en partie pour cela que j'ai joint ma protestation à celle des orateurs précédents. C'est surtout parce que je n'ai pas voulu laisser dire, avec une intransigeance dogmatique et quelque peu méprisante, que seuls les rétrogrades se refusaient à ces progrès imposés aux « hommes sales », au nom du laboratoire. Il y a quelques jours, j'ai lu une communication où un chirurgien lillois, renchérissant sur les gants, a préconisé le badigeonnage des mains, avant chaque opération, avec du vernis Sœhnée n° 3. Et sans doute, celui-là aussi nous massacrerait volontiers au passage du Jourdain, parce que nous ne prononçons pas comme lui *Shiboleth*. Heureusement les gens tués de la sorte se portent assez bien et, pour peu qu'ils aient de mémoire, ils se consolent des ennuis de l'heure présente. Ils se souviennent qu'un jour un auteur, appartenant au corps hospitalier de Paris, a imprimé avec un air d'augure que le premier devoir du gynécologue et de la sage-femme était de se laver matin et soir la région ano-périnéale; à cela ils ajoutent les

mains, et ils laissent passer le rasage de la face, les masques, les blouses stérilisées, les gants et même le vernis Sœhnée.

M. Schwartz. — Comme tous nos collègues qui ont pris la parole, je me suis préoccupé du grand problème de l'asepsie opératoire et en particulier de celle des mains. Avant de vous dire quelle est mon opinion sur ce dernier point, permettez-moi de vous exposer d'abord que, plus favorisé que la plupart d'entre vous, j'ai pu, depuis 1894, avoir un service parfaitement divisé, au point de vue des suppurants et des aseptiques : les salles d'opérations, le personnel, les objets de pansements, les instruments, tout est organisé de façon à ce qu'il y ait une séparation complète entre les aseptiques et les infectés, aussi bien chez les femmes que chez les hommes.

Jusqu'en 1894, j'ai fait de l'antisepsie au point de vue opératoire et des pansements de plaies. Depuis 1894, je fais de l'asepsie tout en employant encore pas mal d'antiseptiques pour les pansements, même en cas d'opérations aseptiques.

Mes internes, MM. Banzet et Pompidor, ont bien voulu dresser la statistique de notre service au point de vue opératoire pendant les années 1891 et 1892 où nous ne faisions que de l'antisepsie. Cette statistique globale comprend 867 opérations avec 25 morts opératoires, soit une mortalité de 2,8 p. 100.

Nous avons fait faire, pour la lui comparer, la statistique des deux dernières années 1898 et 1899 par nos internes Buffnoir et Dupasquier. La statistique nous donne 1.088 opérations, avec une mortalité opératoire de 4,7 p. 100. Parmi les morts, il y en a une dizaine au moins qui ont suivi des opérations pratiquées *in extremis* chez des individus atteints de péritonite généralisée, de pleurésies purulentes et gangreneuses, de phlegmon diffus avec septicémie très grave.

Notre mortalité, un peu plus élevée, se ressent dans ces deux années de ce fait, que nous avons pratiqué pas mal d'interventions sur le tube digestif, le foie, opérations totalement absentes de notre première statistique, et dont la gravité est encore notable.

Nous plaçant au point de vue de l'asepsie pure, nous avons recherché la quantité de suppurations survenues dans les amputations du sein et les cures radicales de hernies.

Tandis que, lorsque nous nous servions de la soie, nous avions de temps à autre des éliminations de fils, actuellement il n'y a plus de suppuration ; et sur 100 hernies opérées dans ces deux dernières années, c'est à peine si nous avons eu trois suppurations dont l'une est due à l'indocilité du malade, qui enleva son panse-

ment pour gratter la ligne des sutures. Nous ne trouvons aucune suppuration d'une amputation du sein sur 32 ablations.

Ce sont là en somme de bons résultats et qui ne font que nous encourager dans la voie suivie.

Est-ce à dire que nous n'ayons plus rien à faire?

Tel n'est pas notre avis, et nous abordons maintenant la question de l'asepsie des mains, qui a donné lieu à tout ce débat. Nous sommes pour notre compte très reconnaissant à notre collègue Quénu d'avoir soulevé cette discussion qui avait été à peine amorcée l'année dernière.

Grâce à l'obligeance du Dr Marmorek, chef de service à l'institut Pasteur, nous avons fait un certain nombre d'expériences pour montrer ce que l'on peut obtenir par la désinfection des mains. Elles sont conformes à ce que nous savons et à ce qui a été observé par presque tous les observateurs. Il a démontré qu'avec les méthodes actuellement connues, il est impossible d'obtenir et de conserver pendant l'opération la stérilité des mains.

La durée totale des manœuvres pour la stérilisation des mains était de 12 à 15 minutes ; elles consistaient en lavage au savon et brossage dans de l'eau chaude bouillie pendant 7 à 8 minutes, puis lavage dans le permanganate de potasse, puis dans le bisulfite de soude ; brossage, décapage dans l'alcool à 90 degrés, ablutions dans le sublimé à 1/1000e, le tout durant de 12 à 15 minutes. Avant de tremper les doigts et les mains dans les bouillons de culture ou de les imprimer sur des plaques de Pétri, les mains étaient passées dans l'eau stérilisée pour enlever le sublimé qui pourrait empêcher le développement des cultures. La même manœuvre a été répétée pendant l'opération, lorsque nous avions trempé nos mains dans le sublimé.

Les expériences furent faites pour les opérations suivantes :

Varicocèle (résection des veines et du scrotum) .	durée : 11 minutes.
Résection de l'épididyme pour tuberculose ramollie, réunion par première intention	— 9 —
Appendicite	— 29 —
Hystérectomie abdominale totale pour fibromes .	— 1 h. 10

Une expérience doit être éliminée, celle qui concerne l'appendicite, où la présence en grande abondance de sarcines sur toutes les plaques, nous paraît provenir de quelque erreur dans la stérilisation de l'eau.

Dans les autres expériences où mon aide et moi avons fait explorer l'asepsie de nos mains, jamais les milieux de culture ne sont restés stériles. Il fut toujours constaté que dans les bouillons et sur les plaques, s'étaient développées des cultures de

microbes divers ; deux fois seulement, il y avait des microbes pathogènes ; il s'agissait du malade auquel je fis la résection de l'épididyme tuberculeux qui guérit d'ailleurs par première intention ; on trouva une fois une colonie de staphylocoque doré, et une fois une colonie de streptocoques ; les autres microbes étaient constitués par du micrococcus candicans, proteus vulgaris, sarcine orange et rose, etc. Tous nos opérés ont guéri sans aucun incident.

Pendant tout le temps que dure l'opération, nous avons l'habitude de tremper nos mains dans le sublimé au 1/1000, de façon à agir sur la septicité qui peut se développer de par la sudation, la sécrétion des glandes sébacées.

Le Dr Marmorek, en examinant les cultures du commencement, du milieu et de la fin de l'opération, a nettement constaté dans tous les cas, que l'asepsie des mains augmentait à mesure qu'on se rapprochait de la fin de l'opération. Les plaques et tubes ensemencés à la fin étaient moins riches en cultures que ceux du milieu et surtout du commencement.

C'est là une donnée importante à notre avis et qui doit nous pousser, du moment que notre peau le supporte sans peine, à répéter pendant l'intervention les ablutions avec la solution de sublimé au 1/1000.

Nous sommes donc d'accord, avec presque tous ceux qui se sont occupés de la question, que l'asepsie des mains est impossible à obtenir, mais nous sommes d'avis que la stérilisation relative peut être augmentée par la pratique des ablutions, des lavages fréquents pendant l'intervention dans un antiseptique puissant comme le sublimé au 1/1000.

Quant aux gants de caoutchouc que préconise notre collègue Quénu, nous n'y sommes pas opposé ; nous comprenons fort bien qu'on puisse et même qu'on doive s'en servir, quand, ayant fait une intervention septique à mains nues, on est appelé à opérer aseptiquement ; mais cela ne doit pas nous empêcher de nous laver les mains tout comme si on ne se gantait pas, et pour mon compte, si je le pouvais, je remettrais l'opération, n'ayant dans le gant qu'une confiance limitée.

Je trouve que la sécurité qu'il peut nous donner ne balance pas l'affaiblissement du sens du toucher, la gêne dans les mouvements délicats des doigts qu'il amène.

Mais autant nous sommes d'avis de nous servir de nos mains nues dans les opérations aseptiques, et même dans les septiques, lorsque le gant doit nous gêner dans la rapidité et la précision des manœuvres que nous avons à exécuter, autant nous pensons qu'il est bon de se ganter pour faire une opération septique, où la rapidité et la précision ne sont pas aussi nécessaires.

Puisqu'il est reconnu qu'il est si difficile de se désinfecter les mains, il nous semble que le premier but à poursuivre est de les infecter le moins souvent possible. Aussi l'usage des gants imperméables me paraît-il absolument indiqué dans tous les cas où ils peuvent être employés sans nuire aux qualités essentielles de l'opérateur. Celui-ci devra éviter de se contaminer les mains dans la mesure du possible, et il nous semble, pour terminer, qu'en asepsie, le commencement de la sagesse est de s'infecter le moins possible.

Présentation de malades.

Un cas d'actinomycose.

M. Thiéry, présente le onzième cas d'actinomycose temporo-maxillaire; dans un dixième cas qui n'a pu être présenté, sur le conseil de M Guinard, il a donné de la levure de bière, avec un plein succès.

M. Gérard Marchant. — L'observation du blessé que je vous présente peut être ainsi résumée :

Plaie de l'artère axillaire sous la clavicule. Anévrisme diffus. Ligature de l'artère dans le foyer. Guérison. (Observation recueillie par M. Lenormand, interne des hôpitaux.)

V... (Pierre), journalier, vingt ans, entre à Boucicaut le 15 avril 1900, pavillon U. Trélat, salle Saint-Jacques, lit n° 14.

Le 15 avril au soir, ce malade reçoit un coup de couteau à un travers de doigt au-dessous de la partie moyenne de la clavicule gauche : hémorragie extérieure immédiate assez abondante. Pas de syncope.

Le lendemain matin, la région étant normale, et en l'absence de tout symptôme de lésion vasculaire ou nerveuse (pas de retard ni de modification du pouls radial — sensibilité et motilité indemnes), on fait la suture de la plaie et on applique un pansement collodionné. Le malade quitte l'hôpital après quarante-huit heures de séjour.

Mais, au bout de cinq ou six jours, il présente, outre de l'engourdissement du membre et de la gêne des mouvements, des crises douloureuses à début brusque et spontané, occupant tout le membre supérieur du côté malade et durant quelques minutes.

C'est pour ces phénomènes nouveaux qu'il rentre à l'hôpital le 25 avril, et on constate que, pendant la durée de la crise, le membre est cyanosé et présente une gêne manifeste de la circulation en retour.

En outre, toute la région sous-claviculaire gauche est bombée par suite d'une tuméfaction profonde, dure et non fluctuante, soulevant les

pectoraux. Cet empâtement se prolonge vers l'aisselle. La région est douloureuse à la palpation. Rien d'anormal du côté de la plaie, dont la cicatrisation est complète.

On pouvait penser tout d'abord à un phlegmon profond sous-pectoral, bien que la température ne dépasse jamais 38 degrés le soir.

Mais dans les jours suivants, des symptômes nouveaux viennent fixer le diagnostic : c'est d'abord une large ecchymose occupant toute la paroi interne de l'aisselle et se prolongeant sur le côté du thorax dans la ligne axillaire. En même temps, la tuméfaction sous-pectorale continue à augmenter de volume. Elle reste dure, mais présente des pulsations systoliques de plus en plus nettement appréciables, avec expansion. A l'auscultation on perçoit un souffle doux systolique.

La comparaison des deux pouls radiaux indique une amplitude semblable, mais un léger retard du pouls gauche sur le côté droit. Fréquence normale (80 à 90).

Les troubles nerveux et la gêne de la circulation veineuse sont toujours les mêmes : engourdissement et cyanose de tout le membre. Hypoesthésie diffuse avec des points irrégulièrement disséminés d'anesthésie complète. Les mouvements, en particulier ceux des doigts (flexion et opposition du pouce — flexion de l'index — mouvement d'écartement latéral des doigts), sont lents, difficiles, maladroits. Mais il n'y a ni paralysie ni contracture vraies. Dès que le membre est mobilisé, qu'il repose en situation déclive, l'œdème et la cyanose s'accentuent, à la main et à l'avant-bras, respectant le bras.

Les douleurs éclataient par crises. Elles étaient si violentes qu'elles entraînaient une sorte d'attaque, comme si le malade était atteint d'épilepsie ou d'hystéro-traumatisme.

Il s'agissait donc d'un anévrisme diffus traumatique de l'artère axillaire, étalé sous les pectoraux, entre ces muscles et la paroi thoracique antérieure, amenant des phénomènes de compression de la veine axillaire et des cordons du plexus brachial, et présentant une extension rapidement menaçante. Il était donc urgent d'intervenir directement sur la plaie artérielle.

La gêne de la circulation veineuse, l'œdème du membre me firent songer un instant à un anévrisme artério-veineux, mais l'absence de thrill, le souffle systolique infirmèrent ce diagnostic.

Je discutai aussi s'il s'agissait d'une plaie de l'artère axillaire ou d'une de ses collatérales. (Tronc commun des circonflexes, sous-scapulaire), et cela à cause de la non-altération du pouls radial, mais la *tension* de la poche anévrismale, son *volume*, son accroissement progressif et rapide, plaidaient en faveur d'une lésion du tronc.

L'opération est pratiquée le 4 mai. Anesthésie par l'éther.

Ouvrir la poche, aller à la recherche de la plaie artérielle par une large ouverture, me semblait la méthode de choix. Mais devais-je, au préalable, jeter une ligature d'attente sur la sous-clavière, pour parer aux dangers d'hémorragie?

Considérant que la plaie était au-dessous de la clavicule, un bon tra-

vers de doigt, et supposant qu'il serait facile de comprimer l'artère entre la clavicule et la plaie, j'abandonnai l'idée de la ligature préalable de la sous-clavière.

Mais j'insistai sur deux points :

I. Bien marquer sur la clavicule le point précis du passage de l'artère, afin de la retrouver sans hésitation.

II. Faire une ouverture très large, de façon à avoir facilement sous l'œil et sous le doigt la plaie artérielle.

Le foyer est mis à découvert par une large incision en T résultant de la combinaison de l'incision classique de la ligature de l'axillaire, sous la clavicule, avec une incision verticale descendant jusqu'au bord antérieur de l'aisselle, puis par la section verticale des pectoraux.

Le foyer ainsi découvert, j'ouvre la poche, et il s'écoule immédiatement un flot de sang qui jaillit jusque sur les assistants, tant la pression dans cette poche était élevée. A ce premier jet succède une véritable hémorragie menaçante, et je n'ai que le temps de saisir le tronc artériel et de le comprimer sous la clavicule avec les deux index recourbés en crochet. Si j'abandonne cette compression, un flot de sang provenant des deux bouts de l'artère s'écoule. Ce n'est qu'avec peine que mon interne, M. Lenormant, peut aveugler au moyen de deux pinces la plaie artérielle. Mais il s'écoule encore du sang qui provient de la division de l'artère acromio-thoracique qui est, elle aussi, saisie dans une pince.

Ligature au fil de lin des deux bouts du tronc axillaire, et de l'acromio-thoracique.

Suture à étage des muscles et de la peau, mais on draine par prudence à la partie inférieure et antérieure de l'aisselle.

Après l'opération, malgré l'hémorragie assez abondante, le malade est bien — pouls à 120 ; 500 grammes de sérum.

Le soir, la température monte à 39°8 pour redescendre à 38 le lendemain matin. Les jours suivants il y a encore quelques oscillations thermiques, vespérales : 39 le 5 mai et 39°4 le 7. Mais à partir du 8 mai, la température ne dépasse plus 38 le soir, et elle devient absolument normale le 11.

Cette élévation de température peut relever et de la résorption de l'épanchement sanguin, ou d'un léger degré d'infection (suppuration d'un fil profond, survenue après quatre jours).

L'état général est d'ailleurs resté très satisfaisant : dès le second jour le malade « s'est senti guéri ».

La ligature de l'artère n'a déterminé aucun trouble apparent dans le membre malade. Les troubles circulatoires et sensitifs dus à la compression par le foyer sanguin n'ont plus reparu après l'opération. Les mouvements de l'avant-bras et des doigts sont redevenus faciles; ceux de l'épaule restent un peu gênés jusqu'à la cicatrisation complète de la plaie.

Mais quand le malade quitte l'hôpital (15 juin), il est complètement guéri, avec intégrité fonctionnelle complète de son membre, et vous pouvez constater aujourd'hui l'étendue et la facilité de ses mouvements.

Si demain je me retrouvais en présence d'un cas semblable je n'hésiterais pas à poser un fil d'attente sur la sous-clavière, pour éviter les péripéties, les aléas d'une telle intervention.

Traitement de la maladie polykystique du sein. Ablation d'un gros kyste, ignipuncture des petits kystes sur la tranche de l'incision faite à la glande mammaire.

M. Quénu. — Le traitement de la maladie kystique du sein est assez fruste. C'est ce qui m'engage à vous présenter cette malade que j'ai opérée le 9 juin dernier, en m'adressant à une méthode conservatrice. Cette femme âgée de quarante-trois ans, a eu deux grossesses, mais n'a jamais nourri, et n'a eu aucun eczéma ni abcès du sein ou du mamelon. Au mois d'avril de cette année, elle s'aperçut que son sein gauche était le siège d'une petite tumeur grosse comme une noix, occupant la demi-circonférence supérieure de l'organe. Cette tumeur provoquait de petites douleurs à l'approche des règles. Au commencement de mai, la tumeur doubla de volume et devint plus douloureuse. Actuellement le volume est celui d'une grosse orange : la surface est lisse, la mobilité est assez grande avec la peau et les parties profondes, sauf avec la partie supérieure de la glande qui lui est adhérente, aucune adénopathie.

Mamelon normal.

Le 9 juin, je pratiquai une incision courbe supéro-interne, disséquai le kyste sans l'ouvrir, et, au niveau de l'adhérence, je tranchai dans le tissu glandulaire pour achever ma libération. Sur deux tranches glandulaires ainsi sectionnées, viennent sourdre de petites gouttes de liquides différents, tantôt claires, tantôt graisseuses ou butyreuses; je renverse la glande, de façon à faire saillir sa face profonde, qui est lobulée, et je larde les tranches précédentes, de même que les petits lobules de la face profonde de la mamelle, avec la plus fine pointe du thermocautère.

Cette cautérisation achevée, la face profonde de la glande prend l'aspect d'une écumoire.

Je réunis alors par du catgut les deux tranches de section de la glande et fais une réunion superficielle également complète.

Les suites furent absolument simples et la réunion obtenue par première intention.

Je ne sache pas que l'ignipuncture ait été appliquée directement à la glande mammaire après incision cutanée.

Je pense qu'il serait possible dans un assez grand nombre de cas de guérir de la sorte la maladie kystique. Je suppose, bien entendu, qu'il s'agit de l'affection inflammatoire chronique que j'ai

proposé le premier d'appeler cirrhose épithéliale du sein, et que l'idée d'un véritable néoplasme est écartée. Cela est d'autant plus facile que le premier temps de l'opération consiste, après une section demi-circonférentielle de la peau (portant autant que possible sur la demi-circonférence inférieure), à sectionner la glande en deux, de la face profonde vers la face superficielle, en faisant porter cette section perpendiculaire, de préférence au point où siègent les plus gros kystes apparents. Ces deux tranches vont servir, d'une part à s'assurer du diagnostic, à s'assurer qu'il n'y a pas en particulier une dégénérescence squirrheuse d'une maladie kystique simple antérieure, d'autre part à découvrir les kystes et à les ignipuncter profondément.

On ne peut avoir la prétention d'ouvrir tous les petits kystes, mais on peut espérer que chaque point cautérisé est un centre de transformation conjonctive, c'est-à-dire d'étouffement des kystes par une sclérose atrophiante interacineuse.

Cette méthode est rationnelle d'après la conception que j'ai émise de la maladie kystique, à savoir d'une origine inflammatoire débutant à la surface du revêtement épithélial et gagnant le tissu conjonctif périacineux; c'est dans le même sens qu'ont été préconisées les injections de liquides irritants dans les petits kystes.

Il est inutile d'ajouter que l'incision glandulaire permettrait d'exciser les productions kystiques assez volumineuses pour déformer la surface glandulaire.

J'attire l'attention de mes collègues sur la conservation de la forme de la mamelle : la valeur de cette opération serait évidemment mieux démontrée si quelques mois s'étaient écoulés; j'espère pouvoir vous remontrer mon opérée.

L'examen histologique a été pratiqué; il s'agit de formations kystiques toutes tapissées d'un épithélium typique; l'épithélium est encore typique sur la surface du grand kyste. Le contenu du gros kyste avait été recueilli avec une pipette pour être examiné bactériologiquement; malheureusement la pipette s'est accidentellement cassée.

M. Pierre Delbet. — Je suis tout à fait d'accord avec M. Quénu sur l'orientation du traitement de la maladie kystique. Les cas sont rares où l'amputation de la mamelle est nécessaire. Enlever les gros kystes, tenter de modifier les petits, tel doit être le but.

Je n'ai pris la parole que pour une question de détail. M. Quénu a dit qu'on pouvait faire l'incision en bas, sauf dans les cas où la présence d'un gros kyste commandait de la faire en haut; — je crois qu'on peut toujours inciser en bas. — Par l'incision inférieure

il est très facile, en décollant la glande, d'enlever les kystes qui siègent dans son segment supérieur. Dissimuler la cicatrice, c'est le seul avantage de cette incision, mais cet avantage est en général fortement apprécié.

Amputation sus-malléolaire.

M. Chevassu. — Je vous présente un malade chez lequel j'ai pratiqué, le 30 décembre 1899, une amputation sus-malléolaire de la jambe par le procédé de Guyon.

Ce malade était atteint d'ostéo-arthrite tuberculeuse du pied. Les lésions, après avoir débuté au niveau du cuboïde et de l'extrémité postérieure des 4e et 5e métatarsiens, avaient envahi rapidement les articulations et les os du tarse, à l'exception du calcanéum.

Sur le dos du pied existaient trois trajets fistuleux conduisant le stylet sur les os dénudés et ramollis. Le gonflement œdémateux remontait jusqu'à la partie moyenne de la jambe.

Miné par la fièvre et la suppuration, ce malade dépérissait rapidement.

Le résultat de l'amputation a été excellent. L'état général s'est amélioré immédiatement. Le huitième jour, la plaie était réunie.

Avec un appareil prothétique d'un prix modique, il dissimule complètement son infirmité et marche toute la journée sans fatigue et sans boiter.

Présentation de pièces.

Tumeur de la face antérieure du sacrum enlevée par laparotomie.

M. Walther. — La tumeur que je présente à la Société a été enlevée ce matin dans les conditions suivantes :

La malade, qui est depuis quelques jours dans mon service, avait été envoyée avec le diagnostic de gros fibrome utérin.

A l'examen, je constatai que la tumeur volumineuse, régulièrement arrondie, dure, était indépendante de l'utérus qu'on pouvait mobiliser au-devant d'elle.

Elle était enclavée dans le bassin et le toucher rectal permettait de la sentir entre le rectum et l'utérus. A gauche, il était impossible de la limiter, elle semblait là absolument soudée à la paroi pelvienne. J'avais donc pensé, sans pouvoir établir de diagnostic ferme, à un fibrome de l'ovaire ou du ligament large, enclavé dans le bassin.

J'ai opéré la malade ce matin. Anesthésie au chloroforme. Position de Trendelenburg.

Incision médiane sous-ombilicale. A l'ouverture de l'abdomen, je vois l'utérus refoulé en haut et en avant avec les annexes saines et absolument libres d'adhérence.

Derrière l'utérus, le bassin était empli par une masse volumineuse qui fut mise à découvert par le refoulement en bas et en avant de l'utérus sous l'angle inférieur de l'incision abdominale.

La tumeur était nettement rétro-péritonéale, située dans le méso-rectum, ou plutôt sous le feuillet gauche du méso-côlon pelvien et du méso-rectum.

Sur la face antérieure, en effet, rampait en haut l'intestin, qui déviait plus bas vers le côté droit, et s'enfonçait à la partie inférieure de l'excavation pelvienne sous le bord droit de la masse.

Ainsi s'explique l'erreur complète de diagnostic à laquelle m'avait conduit une exploration défectueuse et presque forcément défectueuse du rectum.

Quoi qu'il en soit, me trouvant en face de cette masse rétro-péritonéale, je tentai de l'enlever directement par la voie qui m'était ouverte. Je m'assurai que dans le feuillet péritonéal aminci qui recouvrait la tumeur, ne se trouvaient pas de gros vaisseaux de l'intestin; je fis sur cette lame péritonéale une incision verticale de 7 à 8 centimètres de long; puis, avec le doigt introduit dans cette boutonnière, dont les lèvres étaient maintenues relevées par des pinces, je décollai les lames celluleuses en suivant de très près la surface de la tumeur; j'arrivai ainsi assez rapidement à en dégager la face antérieure et les bords. Je pus, en poursuivant et en cherchant un pédicule, sentir très nettement la large insertion de la tumeur sur la face antérieure des quatre premières vertèbres sacrées, car, contre cette large base d'implantation, je sentais très facilement les trois premiers trous sacrés du côté gauche.

Après avoir fait une ponction exploratrice pour m'assurer s'il n'y avait pas au centre de la masse une poche de liquide dont l'évacuation me permettrait de réduire le volume de la tumeur, j'essayai de la fixer et de l'attirer, comme un fibrome, à l'aide d'un tire-bouchon; le tissu friable se déchira sous une légère traction.

Je m'efforçai donc de décoller la surface d'implantation. Cela fut d'abord difficile. La fusion de la masse avec le sacrum était complète. Je dus me faire un plan de clivage en attaquant d'abord avec les ciseaux. Mais bientôt, j'eus la satisfaction de pouvoir engager peu à peu les doigts sous la tumeur et d'en poursuivre la désinsertion jusqu'à la partie inférieure où une petite masse plongeait dans l'orifice du troisième trou sacré gauche.

La tumeur ainsi enlevée, je tamponnai immédiatement la

cavité; l'écoulement sanguin, assez abondant au début, diminua rapidement sous l'influence d'une compression de quelques minutes. Je n'eus à faire qu'une seule ligature sur un gros vaisseau de la partie la plus déclive de la cavité.

Les lèvres de l'incision péritonéale postérieure furent suturées au péritoine pariétal antérieur, pour établir une marsupialisation exacte qui nous permît de surveiller le fond de la cavité en cas de suintement sanguin. Tamponnement à la gaze aseptique dans cette cavité.

Fermeture de la paroi abdominale au-dessus et au-dessous par des sutures au crin de Florence en un seul plan.

L'opération a duré en tout cinquante-sept minutes.

Voici la tumeur; vous voyez qu'elle est formée en arrière d'une masse fibreuse avec petits noyaux lobulés; en avant d'une véritable poche remplie de matière gris rougeâtre, jaunâtre en certains points, et qui ressemble absolument à de vieux caillots sanguins. L'examen histologique sera fait, qui nous renseignera sur la nature exacte de la tumeur qui semble être, à première vue, un fibro-sarcome d'origine périostique, né sur la face antérieure du sacrum et peut-être dû à la transformation d'une tumeur congénitale.

M. Tillaux. — A une époque où l'on n'osait pas opérer par la voie abdominale des tumeurs de ce genre, en 1875, alors que j'avais pour interne Schwartz, et Quénu pour externe, j'ai enlevé une tumeur six fois grosse comme celle-ci, aussi volumineuse qu'un fœtus à terme. Je l'opérai par le périnée et dus employer le forceps pour l'extraire. Il s'agissait d'un chondrome adhérant par un gros pédicule à la face antérieure du sacrum; le malade a guéri de son opération et des accidents de compression rectale et urétrale; je ne sais ce qu'il est devenu par la suite.

M. Quénu. Je désire appeler l'attention sur un point de clinique soulevé par la communication de M. Walther. Or, ce point a des conséquences thérapeutiques importantes.

Dans le cas de M. Walther, il y avait, si j'ai bien compris, cette apparente contradiction d'une tumeur refoulant le rectum d'arrière en avant et semblant par suite rétro-rectale et, d'autre part, apparaissant dans la cavité abdominale contre la paroi antérieure, à l'instar d'une tumeur prérectale, intra-péritonéale.

Or, ce mode de développement des tumeurs de la concavité sacrée n'est pas exceptionnel, j'ai eu l'occasion de l'observer et de l'étudier expérimentalement sur le cadavre.

J'étais appelé auprès d'un jeune homme menacé d'occlusion intestinale par le développement d'une tumeur de la concavité du

sacrum, qu'on sentait en arrière du rectum par le toucher rectal et refoulant, aplatissant celui-ci d'arrière en avant. D'autre part, cette tumeur débordait le pubis et se rapprochait de l'ombilic en s'appliquant étroitement contre la paroi abdominale antérieure, comme s'il se fût agi d'une tumeur du cœlome.

Bien des opinions avaient été émises sur la nature et le siège de cette production. Je cherchai à fixer d'une façon précise son point de départ en expérimentant sur le cadavre.

Pour cela, je plaçai de petits ballons en caoutchouc au-dessus du releveur de l'anus en arrière du rectum, et je pus me convaincre, en les insufflant, qu'une tumeur rétro-rectale contourne ensuite le rectum par une sorte de développement spiroïde et peut lui devenir antérieure. Ayant ainsi reproduit expérimentalement les conditions et signes qui m'étaient offerts par la clinique, je m'arrêtai au plan opératoire suivant: je fis une incision para-sacrée, divisai le releveur de l'anus à ses attaches sacro-coccygiennes, luxai latéralement le coccyx après l'avoir séparé du sacrum et me fis ainsi une large voie vers ma tumeur, qui se trouva être un énorme kyste hydatique multiloculaire du petit bassin. Je remis le coccyx à sa place et le suturai. Les suites furent simples. Je ne saurais trop recommander cette voie périnéale avec luxation temporaire du coccyx pour l'extirpation des tumeurs de la concavité du sacrum.

L'observation de M. Tillaux prouve, après d'autres du reste, qu'elle suffit à l'extirpation de tumeurs solides même volumineuses.

M. Poncet. — Au point de vue anatomique, étant donné l'aspect et la coloration un peu spéciale de la tumeur présentée par M. Walther, je crois qu'il s'agit d'un xanthome, tumeur d'un pronostic beaucoup moins grave que le sarcome.

M. Paul Segond. — Les renseignements donnés par mon ami M. Quénu, sur le cas de kyste hydatique pelvien qu'il a opéré par voie sacrée, après expérimentation sur le cadavre, m'intéressent d'autant plus particulièrement que je connais très bien le malade. Je l'ai vu en consultation avec le professeur Tillaux et le Dr Leblond, le 4 juin 1897, et voici quelle fut notre impression. Sans doute, le diagnostic nous paraissait délicat et nous fîmes, à son sujet, quelques réserves. Toutefois, prenant en considération la consistance kystique de la tumeur, son dépôt *à froid* dans le petit bassin, sans le moindre symptôme réactionnel, et sa lenteur d'évolution, nous avions nettement admis l'hypothèse d'un kyste hydatique. Et, comme le kyste bombait très franchement au niveau de la région périnéale, comme il était, à ce

niveau, d'un accès particulièrement aisé, nous avions proposé une ponction exploratrice, avec la pensée de la faire suivre immédiatement par une incision prérectale évacuatrice. En ce qui me concerne, je conseillais cette manière de faire avec d'autant plus d'insistance que, dans un cas similaire observé par moi chez mon maître, le professeur Guyon, l'incision prérectale m'avait donné un résultat parfait. Je suis donc bien heureux de voir que notre conseil était le bon. Dans le cas de notre collègue Quénu, comme dans le mien, une très simple incision prérectale aurait suffi pour donner au mieux la guérison. M. Quénu nous dit, il est vrai, que le kyste était multiloculaire, mais le fait importe peu. On ne peut, en effet, douter qu'une incision prérectale eût permis l'ouverture de toutes les loges, aussi bien qu'une brèche sacrée, et, certes, à beaucoup moins de frais.

De son côté, l'observation citée par mon ami, M. Walther, me remet en mémoire un fait récent de ma pratique qui, lui aussi, montre à quel point le diagnostic des tumeurs enclavées dans le cul-de-sac de Douglas peut être délicat. Il s'agit d'une dame de cinquante et un ans que j'ai opérée au couvent des Augustines de la rue de la Santé, le 26 mars dernier. Une tumeur dure et grosse, au moins comme le poing, remplissait le cul-de-sac postérieur, refoulant l'utérus contre le pubis, et si bien appliquée contre la face antérieure du sacrum qu'elle semblait faire corps avec lui. Le toucher rectal lui-même paraissait confirmer cette hypothèse, parce que le rectum était refoulé sur l'un des côtés de la masse et qu'il était impossible de passer le doigt, même très haut poussé, entre la tumeur et l'os. Tout en conservant quelque espoir sur les connexions utéro-annexielles possibles de la tumeur, j'avais donc accepté en partie le diagnostic porté par le médecin de la malade et cru, moi aussi, à l'existence probable d'une tumeur du sacrum. Or, nous étions dans l'erreur. L'examen direct par laparotomie m'a prouvé qu'il s'agissait d'un fibrome sous-péritonéal pédiculé, solidement fixé dans le Douglas par des adhérences de pelvi-péritonite. J'ai pratiqué l'hystérectomie abdominale totale, avec le regret de n'avoir pas opté pour la voie vaginale, qui eût été de beaucoup meilleure, et guérison s'en est suivie. Je n'insiste pas, bien entendu, sur ce succès opératoire très banal, mais j'insiste sur les difficultés du diagnostic. A vrai dire, elles concernent un cas inverse de celui rapporté par notre collègue Walther, mais elles n'en parlent pas moins dans le même sens. Elles montrent, à leur manière, combien le toucher rectal peut être lui-même trompeur, quand il s'agit d'apprécier les connexions exactes d'une tumeur enclavée dans le Douglas.

M. Walther. — J'ai fait ici la laparotomie par suite d'une erreur de diagnostic, mais je me demande si, pour les cas de tumeurs sacrées aussi haut situées, la voie abdominale n'est pas plus sûre que la voie périnéale. Il est bien évident que, pour les tumeurs bas situées, le diagnostic est plus facile, et que l'attaque de la masse par le périnée est absolument indiquée. Je crois que dans ce cas particulier, j'aurais eu de plus grandes difficultés à atteindre l'insertion supérieure de la tumeur sur la première vertèbre sacrée, en suivant cette voie. Quant à la nature de la tumeur, je ferai remarquer à M. Poncet que la teinte du tissu néoplasique s'est beaucoup modifiée depuis ce matin, et que, d'autre part, il y a des parties de consistance essentiellement différente, molles en certains points, fibreuses en d'autres, de sorte que je pense qu'il s'agit d'une tumeur mixte. Je n'en ferai pas moins faire des recherches dans le sens que m'a indiqué M. Poncet.

Enorme tumeur épithéliale développée en arrière du rectum dans la concavité du sacrum. Laparotomie d'abord, puis opération de Kraske et ablation du néoplasme. Résection du rectum. Invagination d'après Hochenegg. Guérison.

M. Schwartz. — La pièce que j'ai l'honneur de vous présenter provient d'une jeune femme de trente-neuf ans que mon collègue Bouilly voulut bien me confier pour l'opérer, après avoir lui-même tenté une laparotomie pour se rendre compte du siège et des connexions de la tumeur.

Voici l'observation de la malade qui est actuellement presque guérie.

Mme veuve C..., âgée de trente-neuf ans, est reçue dans le service du Dr Bouilly le 10 mars 1900.

Réglée à dix-sept ans, régulièrement.

A un enfant actuellement âgé de neuf ans. Les couches furent bonnes, Jamais malade avant 1900.

Début de la maladie actuelle. — Le 15 janvier 1900, douleurs rectales au moment de la défécation, d'abord sourdes et mal localisées, puis de plus en plus intenses.

Elles s'installent bientôt sous forme de crises qui durent d'une demi-heure à trois quarts d'heure, crises apparaissant régulièrement.

Les douleurs sont plus intenses après les repas, plus intenses à l'occasion de la défécation, et dans la position assise et le décubitus dorsal.

Le sommeil fait parfois défaut.

Cet état douloureux dure à peu près quinze jours, s'amende au commencement de février au point de ne plus gêner la malade, puis revient plus intense.

Examen local. — Toucher vaginal : L'utérus est en bonne position, en arrière de lui on sent une masse fixe, résistante, de la grosseur d'une orange. Cette masse n'occupe pas le cul-de-sac de Douglas. Elle est en arrière du rectum et semble fixée à la paroi antérieure du sacrum.

Le diagnostic posé alors est kyste ou sarcome développé dans le tissu cellulaire rétro-rectal. Le 27 mars, M. Bouilly pratique une laparotomie et fait l'ablation d'un petit fibrome kystique du fond de l'utérus, par énucléation.

Les organes du petit bassin sont couverts d'un léger voile d'adhérences, que l'on rompt, et derrière lequel on trouve les annexes gauches enflammées. La trompe gauche, grosse comme un porte-plume, et l'ovaire gauche kystique sont enlevés. Les annexes du côté droit sont sains. L'opération a été faite dans le but de s'assurer des connexions du néoplasme et de l'impossibilité de l'enlever par laparotomie. Il est en avant du sacrum comme immobilisé par des adhérences ou une insertion directe.

Passage dans le service du Dr Schwartz. — Le *toucher rectal* fait sentir une tumeur immobile soudée au sacrum, faisant dévier le rectum vers la droite. Le doigt n'atteint pas la limite supérieure de la tumeur et ne sent nulle part d'ulcération.

Opération le 12 avril 1900 par le Dr Schwartz ; consiste en :

Incision courbe rétrosacrée rabattant un lambeau en haut.

Ablation du coccyx et de l'extrémité inférieure du sacrum.

Enucléation de la tumeur, qui adhère en avant au rectum sur une très grande étendue.

Ouverture du rectum au cours de cette dissection et ablation d'un morceau du rectum de 6 centimètres environ.

Invagination du bout supérieur dans l'inférieur par le procédé d'Hochenegg. Sutures à l'anus du bout supérieur.

A la suite de l'opération, la malade reste pendant cinq à six heures dans un état syncopal profond.

Dans les trente-six heures qui suivent, elle reçoit sous la peau 2.000 grammes de sérum.

Pansements. Lavages à l'eau oxygénée.

Six jours après l'opération, élimination par la plaie sacrée d'une portion de tissu cellulaire mortifiée. A la suite de cette élimination, fistule permettant le passage des matières par la plaie, anus sacré temporaire.

On fait des lavages à l'eau oxygénée par la plaie sacrée et par le bout inférieur.

2 mai. Bon état général, perméabilité du rectum. La solution de continuité de la paroi postérieure persiste, mais diminue de plus en plus.

15 mai. La malade rend par le vagin un peu de matières fécales. Un tampon introduit dans cette cavité est retiré souillé de matières. Le toucher vaginal fait percevoir une très petite inégalité de la paroi dans le cul-de-sac latéral gauche, et qui est le siège probable de la fistule recto vaginale ; issue par le rectum de matières enrobées de mucosités. L'anus normal fonctionne très bien.

Vers le 10 juin, disparition de la solution de continuité de la paroi postérieure du rectum. Les matières ne passent plus que par le bout inférieur et l'anus normal.

Le 15 juin, la malade se plaint d'aller plus difficilement à la selle. Il y a un léger degré de rétrécissement.

Dilatation dès le 18 juin avec des bougies d'Hegar. La gêne de la défécation n'existe plus au bout de cinq séances de dilatation.

La tumeur a été examinée par le professeur Cornil.

Examen microscopique. — Epithelioma à cellules cylindriques, en forme d'alvéoles circinées, papillaire par places, le tout couvert d'un seul revêtement de cellules cylindriques longues.

Au milieu des alvéoles, on voit souvent des amas de cellules rondes, mortifiées. Les parties étendues de la tumeur sont constituées par des alvéoles à parois minces, et contenant des cellules mortifiées.

On prend une partie du rectum qu'on trouve doublé d'une paroi épaisse. En ce point les coupes montrent la muqueuse normale, à peine enflammée. Toute la partie épaisse et blanche est fournie par deux couches de faisceaux musculaires épaissis, sans néoformations épithéliales; en un point, la néoplasie atteint franchement la sous-muqueuse, qui est ulcérée à ce niveau et montre les lésions d'un épithélioma cylindrique. Il est manifeste que la tumeur est une tumeur partie de la sous-muqueuse du rectum et développée en arrière. Il n'y a nulle part, dans les coupes, de tissu rappelant un tissu ganglionnaire.

La tumeur que je vous présente constituait une masse sphérique remplissant tout le petit bassin, refoulant franchement en avant et en haut le rectum et l'utérus.

Elle était un peu mobile par la palpation bimanuelle et facilement sentie par l'abdomen.

Elle avait le volume d'une petite tête d'enfant, était encapsulée, excepté au niveau du rectum qui lui adhérait intimement, étalé au-devant d'elle comme un ruban sur une étendue de 6 à 7 centimètres environ. Il y avait même fusion intime entre la paroi postérieure et le néoplasme.

Une portion du rectum dut être enlevée avec lui. Nous pûmes, après résection de la paroi postérieure du bassin, arriver à morceler et à enlever la tumeur qui à l'examen a été reconnue pour un épithélioma cylindrique venant du rectum.

C'est là un fait rare. Mon collègue Bouilly et moi avions émis différentes hypothèses au sujet du diagnostic. L'idée de la tumeur rectale ne nous était nullement venue par suite de l'absence de toute lésion *intra-rectale appréciable* au toucher. S'agissait-il d'un ostéosarcome, d'une de ces tumeurs pelviennes, dermoïdes, ou encore d'un tératome?

En tout cas, étant donnée l'absence de lésions de la muqueuse,

Bouilly fit d'abord une laparotomie et voulut bien ensuite me confier la malade dont je vous ai rapporté l'histoire.

C'est là une variété de tumeur épithéliale insolite que je soumets à l'appréciation de nos collègues plus expérimentés qui pourraient peut-être nous édifier à ce sujet.

M. Quénu. — Je demanderai à M. Schwartz quel était l'état des ganglions.

M. Schwartz. — M. Cornil, qui a examiné toutes les parties de la tumeur, n'a pu y découvrir aucun élément ganglionaire.

M. Poncet. — J'ai observé sur le gros intestin, S iliaque et côlon descendant, des cancers sous-muqueux qu'on peut rapprocher de l'observation de M. Schwartz. Ces carcinomes sous-muqueux, développés aux dépens des éléments glandulaires, prennent l'aspect de tumeurs extra-intestinales. Il n'en est pas moins nécessaire pour les enlever de réséquer toute l'épaisseur de la paroi intestinale, mais, au point de vue clinique, il faut remarquer qu'ils ne donnent pas lieu aux signes de cancer intestinal, melœna, selles glaireuses, etc.

M. Quénu. — Il faut bien s'entendre sur ce qu'on appelle cancer sous-muqueux; la plupart des cancers du rectum ont leur origine dans les glandes; puis, des involutions épithéliales se propagent dans le tissu sous-muqueux en décollant la muqueuse. Je demanderai à M. Schwartz, si l'intestin une fois fendu, il a constaté l'intégrité absolue de la muqueuse à sa surface.

M. Schwartz. — Il n'y avait pas la moindre trace appréciable d'ulcération sur la muqueuse rectale.

M. Quénu. — Il ne faudrait pas exclure absolument la nature ganglionnaire de la tumeur, car, en pareil cas, il est très, très difficile de savoir s'il ne s'agit pas d'une masse ganglionnaire transformée par le cancer cylindrique.

M. Poncet. — Quand j'ai parlé de carcinome sous-muqueux, j'ai simplement voulu signaler, à côté des cancers proprement dits du gros intestin, une variété de tumeurs péri-intestinales avec une intégrité plus apparente que réelle de la muqueuse.

Tuberculose rénale. Néphrectomie.

M. J. Albarran. — Après les opinions contradictoires qui ont été énoncées à propos de la tuberculose rénale, je crois, avec M. Kirmisson, qu'il nous reste à apporter des faits nouveaux

capables de nous éclairer. Voici une pièce qui présente, je crois, quelque intérêt.

C'est une pyonéphrose tuberculeuse que j'ai extirpée avant-hier.

Observation. — B... M..., trente et un ans, entrée à l'hôpital Necker, salle Laugier, n° 6, le 14 juin 1900.

Pas d'antécédents héréditaires dignes de remarque.

Réglée régulièrement depuis l'âge de douze ans.

Huit grossesses; les cinq premières à terme; la sixième et la septième terminées par avortement. Le huitième accouchement date de deux ans et demi.

En juin 1899, crise violente de coliques néphrétiques à droite avec expulsion de graviers; depuis, apparition de crises douloureuses du côté droit, survenant sans cause, à n'importe quel moment de la journée, se prolongeant parfois pendant quarante-huit heures. Pendant les crises, qui ont lieu du côté droit, la malade souffre aussi de son rein gauche, surtout dans ces derniers temps. Au moment des crises douloureuses, la quantité des urines diminue, tandis que les envies d'uriner deviennent plus fréquentes; la cessation de la crise s'accompagne parfois d'abondante émission d'urine.

En septembre 1899, mictions fréquentes et douleurs vésicales au commencement et à la fin de la miction.

En octobre 1899, hématurie peu abondante, se répétant à deux jours de distance : à ce moment, on trouve les urines troubles et une capacité vésicale de 50 grammes.

20 mars 1900. De Dr Moses, qui soigne la malade, l'amène à Necker. On constate dans les urines troubles l'existence du bacille de Koch. M. Pasteau note que le rein droit est mobile, régulier, non tendu; le rein gauche est mobile, un peu gros et résistant.

Par l'examen cystoscopique, on constate que la vessie est saine; le *cathétérisme de l'uretère gauche* fournit un échantillon d'urine claire, acide, contenant 20 gr. 17 d'urée par litre (pas d'examen microscopique).

Mai 1900. A la suite de courses prolongées en voiture, crises de coliques néphrétiques à droite, avec vives douleurs gauches, suivies d'anurie pendant le jour; dans la nuit, urines abondantes.

Jo vois la malade avec le Dr Moses le 2 juin, et je constate que le rein droit est très augmenté de volume et douloureux, son extrémité inférieure arrive à la ligne des épines iliaques supérieures; le rein gauche est, lui aussi, mais en moindre proportion, trop gros; il est sensible à la pression.

5 juin. Examen cystoscopique : légère cystite, sans ulcération. *Cathétérisme de l'uretére droit* : la sonde n° 7 progresse, un peu serrée, jusqu'à 11 centimètres de l'embouchure urétrale; je ne force pas pour aller plus loin. Elle ne donne passage, pendant quelques minutes qu'elle est laissée en place qu'à une petite quantité de pus; l'urine du rein gauche recueillie dans la vessie donne : urines limpides; quelques hématies, rares leucocytes; urée, 25 gr. 22 par litre.

Pas de microbes; pas de bacilles de Koch.

La malade rentre chez elle et revient le 15 juin; le rein gauche me paraît plus petit qu'à mon précédent examen; le rein droit reste toujours augmenté de volume, tendu, douloureux à la pression. Par le toucher vaginal, je ne sens pas les uretères.

L'examen cystoscopique et la cystite expliquent l'existence de ces éléments figurés en petit nombre.

En ville, la malade accusait des variations considérables dans la quantité de pus contenus dans ses urines; pendant son séjour à l'hôpital, on constate le même phénomène.

L'état général est médiocre; la malade a beaucoup maigri et souvent présente des poussées de fièvre; les poumons sont sains.

25 juin. Néphrectomie lombaire droite. Durée de l'opération: vingt-deux minutes.

Voici le rein enlevé : il s'agit d'une volumineuse pyonéphrose avec uretérite.

Aujourd'hui, quarante-huit heures après l'opération, la malade va très bien; elle urine abondamment des urines presque claires; examinées au microscope ce matin, ces urines contiennent quelques hématies et de rares leucocytes.

Je relèverai dans cette observation :

1° Les doutes légitimes qui pouvaient exister sur la bilatéralité des lésions; non seulement la malade pouvait, avec sa tuberculose, être une lithiasique, mais encore, depuis quelques mois, elle souffrait des deux reins et, à plusieurs reprises, le Dr Moses, et moi-même une fois, nous avions vu le rein gauche augmenté de volume et douloureux.

2° Par le cathétérisme urétéral, pratiqué le 20 mars, M. Pasteau retira du rein de l'urine claire, contenant une proportion normale d'urée. Un nouveau cathétérisme portant sur le rein malade, pratiqué par moi le 5 juin, montre que le rein gauche a une urine dont le taux de l'urée est normal et qui ne contient pas de microbes : ce rein gauche, qui avait été cathétérisé deux mois et demi auparavant, n'a donc pas été infecté.

3° Sachant le bon état du rein gauche, j'ai pu, sans crainte, extirper d'emblée une volumineuse pyonéphrose tuberculeuse.

4° Il suffit d'examiner ce rein pour constater que la néphrotomie eût constitué une mauvaise opération, nombre de petites loges tuberculeuses n'auraient pas été ouvertes.

5° Si la vessie de notre malade est encore indemne de lésions franchement tuberculeuses, l'uretère est déjà pris et rétréci : les lésions ont une marche descendante très nette et il n'y aurait eu qu'avantage à opérer plus tôt.

Le Secrétaire annuel,
AD. JALAGUIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 4 JUILLET 1900

Présidence de M. RICHELOT.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. DELORME, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

A propos de la correspondance.

M. POTHERAT dépose sur le bureau de la Société un travail de M. DUPRAZ (de Genève) intitulé : *A propos de la radiographie dans les lésions du squelette.* — Ce travail est renvoyé à une commission. M. POTHERAT, rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

Maladie kystique de la mamelle.

M. RECLUS. — A propos de l'intéressante présentation de M. Quénu sur la maladie kystique de la mamelle, je crois que l'intervention rationnelle qu'il nous propose sera très rarement nécessaire. Depuis que je n'opère plus la maladie kystique de la mamelle, j'ai pu suivre un certain nombre de ces cas et je n'ai jamais vu les kystes grossir de manière à beaucoup plus déformer la mamelle que ne le ferait une cicatrice, même située dans le segment inférieur de la glande. La méthode, donc, me paraît intéressante, mais je ne crois pas qu'il sera indiqué d'y recourir bien souvent.

M. Quénu. — Je n'ai jamais eu l'intention d'appliquer un traitement opératoire à toutes les maladies kystiques du sein. J'ai seulement voulu dire qu'il fallait intervenir lorsque le sein était déformé par une tumeur kystique considérable ou lorsqu'une série de petits kystes augmentait considérablement le volume de la mamelle. Je ne crois pas, du reste, que des cas semblables soient toujours aussi bénins que le pense M. Reclus; il y a des exceptions. Je n'en considère pas moins la maladie kystique comme bénigne. C'est du reste ce que j'ai soutenu autrefois contre Brissaud lorsque j'ai établi, avec examens histologiques à l'appui, qu'il s'agissait dans la maladie kystique de productions de nature inflammatoire et non pas néoplasiques.

M. Pierre Delbet. — Je serais désolé que les quelques paroles que j'ai prononcées à la fin de la dernière séance fussent mal interprétées. Je l'ai dit, je l'ai écrit: en principe, il ne faut pas opérer la maladie kystique du sein. Ce n'est pas une tumeur, ce n'est pas un néoplasme, c'est une affection d'origine inflammatoire, et, par elle-même, elle ne commande jamais l'intervention.

Dans la dernière séance, la question posée était celle de la nature de l'intervention. Quand on est conduit à opérer, faut-il enlever le sein ou faut-il, au contraire, se borner à une opération conservatrice? Telle était la question. Je me suis prononcé pour l'opération conservatrice.

Aujourd'hui, le point de vue est changé. On parle des indications opératoires dans la maladie kystique. Sur ce point, ma doctrine est restée la même; je suis toujours d'avis qu'il faut s'abstenir. Pour ma part, je n'interviens que dans deux conditions, soit, lorsqu'il existe de gros kystes déformants, soit, ce qui n'est pas très rare, lorsqu'un groupe de petits kystes se met à évoluer rapidement en déterminant des douleurs vives.

M. Tuffier. — Je suis, moi aussi, partisan de la non-intervention dans la maladie kystique du sein, mais je crois qu'elle doit être surveillée, car, pour mon compte personnel, j'ai deux observations dans lesquelles j'ai opéré, pour un cancer du sein, deux malades atteintes de maladie kystique. Il n'y a d'ailleurs là rien de bien étonnant puisque nous savons tous qu'il existe des relations éloignées entre les néoplasies inflammatoires chroniques et les néoplasmes.

M. Walther. — Je crois aussi, avec M. Reclus, M. Delbet, M. Quénu, qu'il ne faut pas enlever les seins atteints de maladie kystique, et si je demande la parole, c'est simplement pour dire

qu'aux indications que vient de donner M. Delbet et que j'accepte absolument, je crois qu'il convient d'ajouter les phénomènes douloureux qui peuvent exceptionnellement accompagner le développement d'une cavité kystique. J'ai dû, deux fois, intervenir en pareil cas, pour des douleurs vraiment intolérables et qui avaient résisté à tous les traitements médicaux. J'ai, dans ces deux cas, fait la résection du kyste volumineux sans toucher au reste de la glande.

M. Nélaton. — J'ai vu autrefois un certain nombre de cas de maladies kystiques que je n'ai pas opérées, mais je dois dire que par la suite il a fallu en venir à une intervention et que plusieurs de ces tumeurs s'étaient transformées en tumeurs malignes.

M. Quénu. — La discussion dévie. En présentant ma malade, je n'ai eu d'autre but que de montrer un procédé conservateur dans les cas où l'on se déciderait à intervenir. Mais il était bien loin de ma pensée d'aborder la question des indications opératoires dans toutes les maladies kystiques du sein. Je suis d'avis, moi aussi, qu'il faut surveiller l'évolution des tumeurs kystiques, et cela est d'autant plus vrai que, depuis quelques années, je préconise l'incision exploratrice lorsqu'il y a doute sur la nature d'une tumeur du sein; rien, en effet, n'est plus facile que de distinguer sur la tranche d'une incision, un squirrhe, même très petit, d'une tumeur bénigne. Je pourrais citer à MM. Reclus et Nélaton le fait d'une malade qu'ils ont vue autrefois, et sur laquelle ils furent quelque peu en désaccord; pour moi, je crus que la tumeur granuleuse qu'elle présentait était une mammite; je l'ai revue il y a quelques jours; elle a toujours le même noyau de mammite, mais comme il me semble un peu suspect, j'ai conseillé une incision exploratrice. Assurément, l'inflammation chronique prédispose à l'épithélioma; c'est une raison pour surveiller, mais ce n'est pas une raison suffisante pour supprimer d'emblée la totalité de l'organe.

M. Reynier. — Je voudrais appuyer ce qu'a dit M. Nélaton. On doit se défier de ces maladies kystiques. J'ai dans mes souvenirs l'histoire de deux malades qui présentaient le type clinique de la maladie kystique; multiplication des petits kystes et bilatéralité. Ces deux malades sont mortes de généralisation ganglionnaire après l'ablation de leurs deux seins, généralisation ne laissant aucun doute sur la malignité de la lésion. Enfin il ne faut pas oublier que certains kystes, bénins pendant longtemps, peuvent prendre finalement un caractère malin. J'ai opéré une femme qui avait eu un kyste ponctionné et injecté à la teinture d'iode par

Gosselin. Plus tard, Dolbeau lui fit une nouvelle ponction, et une injection d'alcool. Dix-sept ans après le début du kyste, elle est venue me trouver, présentant une énorme masse épithéliomateuse que j'enlevai. Elle récidiva très rapidement.

Aussi, étant donnée actuellement la bénignité de l'opération, je suis de plus en plus disposé à faire l'ablation complète, et aussi large que possible, de ces kystes du sein.

M. Paul Segond. — Deux faits de ma pratique touchent trop directement au sujet dont vous parlez pour que je ne tienne pas à vous les résumer en peu de mots.

L'un d'eux concerne une dame d'une cinquantaine d'années dont j'ai amputé le sein gauche, il y a quelques mois, pour un indiscutable cancer. Or, ce cancer s'était développé sur un sein malade depuis bien des années et c'est le professeur Verneuil qui en avait formellement exigé la conservation sous le prétexte qu'il s'agissait d'une maladie kystique. Voici donc un fait qui s'ajoute à ceux de M. Tuffier, comme à beaucoup d'autres, pour montrer, tout au moins, qu'en présence d'un sein kystique, il faut être bien particulièrement sûr de son diagnostic, et notamment très certain de pouvoir toujours distinguer les néoplasmes kystiques de la maladie kystique proprement dite, pour oser prendre les très lourdes responsabilités de l'abstention quand même.

Ma deuxième observation est d'un autre ordre. Il s'agit d'une maladie kystique bilatérale et authentique dont je suis l'évolution depuis plusieurs années chez une mienne cliente qui doit avoir, à cette heure, une quarantaine d'années. Il y a sept ans, le 5 juin 1893, j'ai énucléé de son sein droit un kyste gros comme une petite mandarine, qui lui déformait la partie supéro-externe de la glande d'une manière si disgracieuse, que pour les plus abstentionnistes d'entre vous, le souci de l'esthétique l'eût emporté sûrement sur toute autre considération. Après avoir fait une incision cutanée courbe sur la partie inféro-externe du contour mammaire et soulevé la glande, j'ai abordé le kyste par sa face postérieure, suivant ainsi, très exactement, dans ses premiers temps, le manuel dont nous parle aujourd'hui M. Quénu. Quant aux autres kystes disséminés dans la glande, ils étaient si petits que je les ai tous respectés. Le kyste une fois enlevé, la mamelle a repris sa place d'elle-même, quelques fils ont assuré la réunion de la plaie cutanée et l'opérée a rapidement guéri, avec un sein d'aspect normal et une cicatrice aussi bien dissimulée que possible.

Tout cela est, bien entendu, fort simple, et le seul fait qui puisse motiver le rappel de cette petite intervention est celui-ci : depuis l'opération, c'est-à-dire depuis sept ans, j'ai vu, aussi bien

dans le sein opéré que dans l'autre, se développer une série de petits kystes dont j'ai obtenu l'évacuation et la guérison par de simples ponctions à l'aide d'une seringue de Pravaz. Chacun de ces kystes contenait, en liquide, la valeur de deux ou trois seringues. J'en ai, pour l'instant, ponctionné quatre ou cinq dans chacun des deux seins.

M. Richelot. — Il me semble que M. Reynier fait une confusion entre le kyste du sein, qui peut être une tumeur kystique, et la maladie kystique proprement dite.

M. Reclus. — Je voudrais simplement répondre un mot à M. Tuffier. Depuis le mémoire de Toupet, il est reconnu qu'on a souvent fait la confusion dont vient de parler M. Richelot. Les cas de Toupet étaient des tumeurs unilatérales. Or, le caractère primordial de la maladie kystique, c'est la bilatéralité. Jamais je n'ai vu le cancer se développer sur des tumeurs kystiques bilatérales, et sur les vingt-sept malades que j'ai opérées autrefois, aucune n'a présenté de récidive.

Quant à cette tumeur kystique dont vient de nous parler M. Reynier, et qui est devenue cancéreuse après dix-sept ans, ne peut-on pas admettre qu'il s'est agi d'un cancer surajouté?

M. Richelot. — La maladie kystique de la mamelle est une affection à part, comparable à la maladie scléro-kystique des ovaires, qui n'a pas la moindre tendance à donner lieu à des *tumeurs épithéliales.*

M. Quénu. — Cette question est tellement importante qu'il me paraît nécessaire de la mettre à l'ordre du jour de notre Société.

Rapport.

Sur un nouveau procédé d'extirpation des hémorroïdes, par M. A.-L. Dupraz, assistant de la Policlinique chirurgicale de Genève,

Rapport de M. E. POTHERAT.

M. le Dr Dupraz a soumis à l'appréciation de la Société de chirurgie un procédé original et nouveau de cure chirurgicale des

hémorroïdes. J'ai tort de dire que le procédé est original, car l'auteur déclare s'être inspiré de la méthode de Whitehead à laquelle il a apporté des modifications importantes.

Ces modifications ont pour but, nous dit M. Dupraz, d'obvier aux imperfections et de parer aux inconvénients possibles du procédé de Whitehead.

Ces inconvénients sont groupés sous six chefs principaux par notre confrère genevois, savoir :

1° L'hémorragie au cours de l'opération;

2° La section du sphincter anal, et l'incontinence qui succède à cette section;

3° Le danger d'infection de la plaie;

4° Le sphacèle des tissus et particulièrement de la muqueuse rectale;

5° La rétention au niveau de la plaie opératoire;

6° Enfin le rétrécissement cicatriciel consécutif de la filière anale.

Tels sont les inconvénients quelque peu grossis du procédé de Whitehead, auxquels M. Dupraz s'est proposé de remédier, et auxquels il a effectivement remédié dans trois cas où il est intervenu pour un prolapsus hémorroïdaire notable, et circonférentiel.

Voici comment a procédé M. Dupraz. Le malade, ayant été préalablement préparé par des lavages et une complète évacuation de l'intestin, est endormi à l'éther. Cette anesthésie générale assure le repos absolu du malade, lui évite les douleurs de la dilatation forcée quand celle-ci est nécessaire; elle doit donc être préférée à l'anesthésie locale.

M. Dupraz fait cette dilatation avec les pouces. Ce procédé, communément employé par les vieux chirurgiens est encore préconisé par quelques-uns de nos contemporains qui le préfèrent à la dilatation instrumentale. J'avoue que, pour mon compte personnel, il me paraît aussi efficace, mais plus simple, plus aseptique, ou tout simplement plus propre de se servir de l'excellent dilatateur de Trélat, et de ne pas, avant l'opération, introduire ses doigts dans le rectum, ceux-ci fussent-ils même enveloppés de gants protecteurs.

Quoi qu'il en soit, la dilatation faite, le champ opératoire bien préparé et bien exposé, l'opérateur libère par une incision extérieure, puis par un décollement sous-muqueux très exact, la muqueuse anale, comme dans le procédé de Whitehead. Il a grand soin, chemin faisant, de pincer d'abord, et de lier au catgut fin ensuite, chaque vaisseau qui donne, si petit soit-il. Il arrive ainsi au-dessus de la région hémorroïdaire à la muqueuse saine.

A ce moment la muqueuse est coupée transversalement et fixée

sommairement à la peau par des points de catgut passés et liés au fur et à mesure que se fait par à-coups la section transversale du manchon muqueux.

Jusqu'ici, l'opérateur a suivi exactement le procédé de Whitehead, à cette différence près, qu'au lieu de faire une suture cutanéo-muqueuse bien exacte, bien affrontée, continue, il a passé rapidement quelques points espacés et placés aux quatre points cardinaux de la circonférence anale. Pour réaliser cette réunion des surfaces avivées, cet accolement parfait si utile à l'union par première intention, M. Dupraz a imaginé d'utiliser un procédé spécial d'affrontement dû au professeur Girard (de Berne), et voici comment on procède. Supposons une anse de fil de soie. A l'aide d'une aiguille quelconque, cette anse est passée à la fois à travers la peau et la muqueuse en un point déterminé, de sorte qu'un des chefs pend du côté peau, l'autre du côté muqueux. Ce dernier est engagé dans un bout du drain long de 2 à 3 centimètres, résistant, et, après avoir traversé ce drain, est de nouveau repassé de dedans en dehors, au travers de la muqueuse d'abord, de la peau ensuite, en un point situé du point d'entrée à une distance égale à la longueur du petit drain, qui, lorsqu'on tire maintenant sur les deux chefs du fil, se trouve fortement appliqué sur la muqueuse. Vis-à-vis de ce drain muqueux, un autre tout semblable est appliqué sur la peau, dans lequel on va engager l'un des deux chefs du fil de soie, en allant à la rencontre de l'autre chef, auquel on le nouera fortement, ce qui aura pour conséquence de fixer fortement les deux drains de Girard, l'un sur la muqueuse, l'autre sur la peau, et d'accoler très exactement les surfaces cruentées, qui se trouvent prises comme entre les deux tourillons d'un laminoir élastique. En répétant quatre fois cette manœuvre, on assure l'accolement de tout le pourtour de l'anus.

Cet affrontement, à distance, effectué par les huit drains de Girard, modérément serrés, l'opérateur achève la réunion des lèvres muqueuse et cutanée par une suture au catgut et à points séparés. L'opération est achevée, il ne reste plus qu'à appliquer un pansement sec à plat, sans drain ni tamponnement dans le rectum. Au bout de cinq jours, on enlève les fils de soie e les tubes de Girard ; on ne se préoccupe pas des nœuds de catgut, qui disparaissent d'eux-mêmes. Le sixième jour, le malade est purgé à l'huile de ricin; il va à la selle sans souffrance, et, dès le lendemain, il peut vaquer à ses occupations habituelles.

Tel est le procédé de M. le Dr Dupraz. Vous voyez comment il obvie aux inconvénients qu'il signalait plus haut comme inhérents au procédé de Whitehead.

Par les ligatures appliquées sur les vaisseaux qui saignent, et au

fur et à mesure de leur section, il assure l'hémostase et réduit à son minimum d'importance la perte de sang. En outre, l'absence d'écoulement de sang laisse au champ opératoire toute sa netteté et permet de bien voir, et par suite d'éviter, les fibres du sphincter, qui gardera son intégrité.

En accolant rapidement la muqueuse à la peau, au fur et à mesure qu'il sectionne la première, il évite la contamination du champ avivé par le contenu du rectum; d'ailleurs, l'hémostase, à ce moment effectuée, a fermé les portes à une *infection générale.*

De plus, à aucun moment on ne place sur la muqueuse de pinces à forcipressure; donc on n'aura pas de sphacèle consécutif à la pression de celles-ci; enfin les tubes de Girard, appliquant exactement et sur plus large surface les parties cruentées, empêchent que des liquides organiques (sang ou lymphe) ne s'accumulent entre le plan muqueux et le plan cutané.

Enfin, ces différentes précautions ne peuvent manquer de donner et d'assurer une réunion par première intention complète; donc il n'y aura pas de rétrécissement cicatriciel consécutivement.

C'est du moins de cette manière que les choses se sont très exactement passées chez les trois malades qu'a opérés le D[r] Dupraz, et chez lesquels il a mis en pratique le procédé que j'ai longuement exposé plus haut.

La discussion encore toute récente qui s'est élevée à la Société de chirurgie, sur le traitement chirurgical des hémorroïdes, et dans laquelle, à l'exemple d'un grand nombre de nos collègues, j'ai fait connaître ma manière de faire, me dispense d'insister plus longuement. De nombreux procédés sanglants plus ou moins dérivés du procédé de M. Reclus, de la méthode de Whitehead ou d'autres méthodes ont donné à leurs auteurs de bons résultats, et nous ont montré qu'avec une hémostase soignée, une suture exacte, et une asepsie aussi rigoureuse que possible on peut obtenir, tout en variant le *modus faciendi*, des résultats identiques et également bons.

On ne peut que louer M. Dupraz d'avoir cherché, lui aussi, à réaliser le mieux possible l'hémostase, l'asepsie et l'immobilité des parties, qui sont, ainsi que le disait il y a déjà bien longtemps, le professeur Trélat, les trois éléments essentiels d'une réunion par première intention. Il me paraît avoir ingénieusement et efficacement, quoique avec un peu de complexité, réalisé ce triple desideratum. Je vous propose donc de déposer dans nos archives le mémoire du D[r] Dupraz, d'adresser nos remerciements à l'auteur et de lui réserver nos suffrages, à l'occasion.

Discussion

Sur l'asepsie.

M. Lejars. — C'est avec une réelle inquiétude que je viens aujourd'hui prendre la parole : la discussion me semble à peu près épuisée, et je crains d'abuser de votre bienveillance, en ne vous apportant rien de nouveau. Aussi bien mon opinion personnelle ne saurait-elle avoir qu'un très médiocre intérêt. Je pourrais l'exprimer tout uniment, en vous disant que je m'associe aux idées de M. Schwartz ; laissez-moi pourtant vous en exposer les raisons.

Depuis que je fais de la chirurgie, j'ai toujours apporté un soin minutieux à la « préparation » de mes mains, et j'ai veillé à ce qu'il en fût de même autour de moi ; j'ai acquis la conviction que la stérilisation des mains pouvait être suffisante, en pratique, pour nous donner la sécurité nécessaire, et pour permettre à un chirurgien d'hôpital de mener de front les besognes septiques et aseptiques de son service.

Mais, en pareille matière, la prudence n'est jamais excessive, et notre devoir est de chercher toujours le mieux. C'est pour cela que je me suis efforcé de plus en plus d'éviter les contaminations, et que j'ai mis des gants, pour intervenir en foyers infectés.

Ma formule et celle-ci : je fais, avec des gants, les opérations septiques, pour pouvoir faire, sans gants, les opérations aseptiques.

Cette formule, je suis prêt à la modifier, à la changer, s'il m'était démontré que, de la sorte, j'éviterais une mort, une suppuration. Sur le terrain où nous discutons à l'heure actuelle, on ne doit point ériger de systèmes immuables, et je suis, moi aussi, très reconnaissant à M. Quénu, dont j'admire les résultats, d'avoir soulevé ici ce grave problème, et d'avoir réveillé notre attention et suscité nos recherches.

De fait, nous sommes toujours à la période des recherches, et, à ce propos, qu'il me soit permis de citer un chirurgien dont le nom a sans doute quelque droit à être rappelé dans un débat de ce genre ; M. Mikulicz, au Congrès des chirurgiens allemands de 1898, terminait une communication, longuement documentée, sur le sujet qui nous occupe, en disant : « Je ne reprocherai à personne de ne pas s'associer aux nouveaux efforts que nous faisons (l'emploi de gants pour les opérations)... Il faut se rappeler qu'il s'agit là d'une question en pleine évolution, et qui n'est pas près d'être close. Beaucoup de pratiques recommandées jusqu'ici peuvent être

exagérées et seront peut-être abandonnées plus tard. » Et il terminait ses conclusions, empreintes d'un esprit scientifique irréprochable, en comparant l'idéal de l'asepsie absolue à un problème mathématique dont la solution ne saurait être exprimée par un chiffre entier : il faut nous efforcer de nous en rapprocher de plus en plus, en multipliant les décimales.

C'est à cette œuvre commune que nous collaborons tous, et nos idées s'émondent et se transforment à la clarté des discussions, peut-être, mais surtout par les enseignements de notre pratique personnelle.

Permettez-moi de vous dire comment les miennes se sont développées et sur quelles bases s'est établie, pour moi, la formule que j'exposais en commençant. Je n'attribue, d'ailleurs, que cette valeur documentaire aux chiffres que je vais citer, et je pense que les statistiques n'ont d'intérêt que lorsqu'elles portent sur d'assez gros chiffres et sur des périodes assez longues.

Je ne suis chef de service que depuis un an et demi, mais avant ce temps, grâce à la bienveillance de mon maître, M. Théophile Anger, et à la confiance qu'il me témoignait, j'ai eu, pendant quatre années, le maniement d'un grand service, et, avant 1895, j'ai été chargé pendant quinze mois de la clinique chirurgicale de la Pitié. C'est donc à peu près sur sept ans de pratique hospitalière continue qne porteront les chiffres qui vont suivre.

Voici, d'abord, la mortalité opératoire générale, — et je laisse de côté, bien entendu, toutes les interventions de petite chirurgie :

			MORTALITÉ	MORTALITÉ
			—	—
1893-94 (Pitié)	351	opérations.	5,2 p. 100	—
1895 (Beaujon)	364	—	10,16 —	—

et, si je mets de côté les opérations d'urgence :

— —	—	—	» —	4,39 p. 100
1896 —	462	—	9,95 —	5,19 —
1897 —	405	—	9,38 —	6,91 —
1898 —	446	—	5,60 —	3,14 —
1899 (Maison Dubois) . . .	306	—	7,84 —	6,20 —
1900, 1er semestre (Tenon).	269	—	4,83 —	—

Les opérations abdominales sont, évidemment, d'un intérêt majeur, au point de vue que nous étudions, et je comprends sous ce titre les interventions gynécologiques, kystes de l'ovaire, salpingites, fibromes, hystéropexies, les hystérectomies vaginales, les opérations sur l'intestin et les voies biliaires :

			MORTALITÉ
1893-94 (Pitié)	64 opérations.	7 morts.	10,93 p. 100
1895 (Beaujon)	108 —	7 —	6,48 —
1896 —	105 —	5 —	4,76 —
1897 —	84 —	3 —	3,57 —
1898 —	106 —	4 —	3,77 —
1899 (Maison Dubois)	46 —	2 —	4,34 —
1900, 1er semestre (Tenon). .	90 —	4 —	4,44 —

Enfin, si, à l'exemple de mon ami Delbet, je mets à part les laparotomies pour lésions annexielles, j'obtiens les résultats suivants :

			MORTALITÉ
Jusqu'à fin 1894.	30 opérations.	3 morts.	10, » p. 100
1895 (Beaujon)	54 —	2 —	3,70 —
1896 —	66 —	2 —	3,03 —
1897 —	42 —	1 —	2,36 —
1898 —	40 —	0 —	pas de mortal.
1899 (Maison Dubois)	6 —	1 —	16,66 —
1900, 1er semestre (Tenon). .	30 —	1 —	3,33 —

Au total, 268 laparotomies pour lésions annexielles avec 10 morts, soit une mortalité de 3,73 p. 100; à Beaujon, pendant quatre ans, 202 laparotomies avec 5 morts, soit 2,47 p. 100 de mortalité.

Encore une fois, Messieurs, je ne rapporte ces chiffres qu'à titre de documents, pour étayer ma façon de voir et de faire, et je me garderais d'analyser et de discuter les pourcentages de mortalité brute. Je n'ai qu'un souci médiocre des statistiques; il suffit d'un ou deux malheurs, il suffit d'avoir, quelquefois, trop présumé de la chirurgie, pour que le taux de la mortalité générale cesse d'être satisfaisant, et, pour ma part, ennemi déclaré du « laisser mourir », je n'y prendrai jamais garde.

J'estime cependant que le sens général des chiffres que je viens de vous soumettre justifie la conclusion que j'en ai tirée, celle-ci : qu'un chirurgien d'hôpital, sans employer de gants, mais en apportant un soin extrême à la stérilisation de ses mains, peut faire toutes les opérations qui se présentent dans son service, et pratiquer, sans remords, la chirurgie abdominale.

Mais la mortalité n'est pas tout, et, en somme, parmi les malades que nous perdons, il en est peu aujourd'hui qui succombent à la mort brutale, par infection. Il faut tenir compte d'un autre élément : de la façon de guérir de nos opérés. Et je suis de ceux qui pensent que nous ne devons jamais nous tenir pour satisfaits, et

que nous devons chercher par tous les moyens à réduire encore la proportion de nos insuccès, à rendre nos succès plus simples, plus rapides, plus complets, plus durables.

C'est dans ce but que j'ai cherché, moi aussi, à préserver de plus en plus mes mains des contacts septiques, et que j'ai adopté peu à peu, depuis deux ans, l'usage des gants de caoutchouc pour les opérations septiques. Le temps m'a manqué pour dresser jour par jour le bilan des résultats, et je ne saurais vous apporter qu'une impression générale. Mais le fait est évident pour moi : à mesure que ces précautions sont devenues plus rigoureuses, à mesure qu'elles sont entrées plus intimement dans mes habitudes et qu'elles ont fait partie, si je puis dire, de ma pratique instinctive, mes opérés ont guéri plus simplement, j'ai moins vu de ces malaises des premiers jours, qu'on attribuait autrefois au choc opératoire, mes cicatrices ont été meilleures, j'ai restreint beaucoup le drainage, après les laparotomies, ma sécurité a été plus grande.

D'ailleurs, ces mesures préventives de tous les instants, et le souci constant d'éviter les contaminations, figurent au nombre des principes fondamentaux de la méthode aseptique, et l'emploi des gants pour les opérations en foyers infectés ne représente qu'un des éléments de cette méthode.

Pour moi, c'est dans cette voie que le progrès se fera : c'est en séparant de notre mieux dans nos services, hélas! si mal organisés sous ce rapport, les infectés et les aseptiques, c'est en nous défendant à toute heure contre les contacts septiques, et par les gants, et par une série de procédés qu'on ne saurait formuler en règles et qui deviennent autant d'habitudes personnelles, c'est par cette lutte journalière contre l'infection, contre la contagion, que nous pourrons améliorer de plus en plus nos résultats. Dans les questions de ce genre, qui touchent de si près à la conscience, on ne saurait, d'ailleurs, émettre des conclusions dogmatiques et des préceptes formels, hors desquels il n'y a pas de salut.

Je tiens à terminer par une remarque : on vous écoute, Messieurs, et, dans les Bulletins de votre Société, beaucoup de nos confrères viennent chercher des indications pratiques et des règles pour leur conduite isolée. Eh! bien, il ne faut pas que les praticiens français puissent croire qu'à l'heure présente, on n'opère bien que ganté et masqué. Il ne faut pas leur dire, non plus, que la stérilisation des mains est chose toute simple, toute facile, et qu'après les besognes les plus virulentes, elle s'obtient sans grande peine, et avec une sûreté presque mathématique. C'est là un double écueil, et le second, à mon sens, est encore le plus grave.

M. Paul Reclus. — Je ne veux dire qu'un mot dans cette très remarquable discussion qui certainement sera des plus fécondes et fait grand honneur à la Société de chirurgie. Les expériences qu'on nous a apportées ne nous disent pas assez combien de temps les expérimentateurs ont mis leur main au contact des matières septiques et combien de temps après ils se sont lavé les mains. On sait, en effet, que le temps joue ici un rôle de grande importance. Je voudrais donc que les praticiens sachent bien que la main sera d'autant plus difficile à désinfecter que le contact avec les substances infectantes aura été plus long et que cette désinfection sera faite plus tardivement. Je me résume donc et je dis : N'oublions pas que la désinfection — je ne parle ici que des mains — sera d'autant plus difficile et nécessitera des efforts d'autant plus grands que l'infection aura été longue et qu'on aura recours plus tardivement à la désinfection.

M. Guinard. — Je tiens à prendre part à cette grande discussion qui, du fait même de son ampleur, ne se reproduira pas sans doute de longtemps à la Société de chirurgie.

Cette question de l'asepsie des mains m'a préoccupé beaucoup, comme vous tous, et m'a suggéré des réflexions que je vous demande la permission de vous soumettre sans prétention. Je m'excuse d'avance des menus détails dans lesquels je crois devoir entrer.

Je commence par dire que je ne suis pas de ceux qui s'insurgent contre les pratiques conseillées par M. Quénu.

Je suis convaincu que personne parmi nous, et je n'en excepte pas M. Quénu, ne pourra suivre à la lettre toutes les prescriptions requises : mais je crois que dorénavant chacun prendra de ses mains beaucoup plus de soin ,et cela ne sera pas, à mon avis, un mince résultat, tout à l'honneur de M. Quénu.

Je constate avec regret qu'à l'exception de M. Schwartz et de M. Lejars, tous les orateurs ont souligné complaisamment ce que les idées de M. Quénu peuvent avoir de trop absolu et se sont plu à faire des raisonnements par l'absurde, en montrant que dans la pratique on se heurte à des impossibilités.

Eh bien ! Messieurs, avant d'entrer dans la discussion, je tiens à dire publiquement à M. Quénu combien je lui suis personnellement reconnaissant d'avoir soulevé cette discussion qui, malgré toutes les plaisanteries faciles, portera ses fruits et agira favorablement sur les plus récalcitrants en apparence Pour moi, j'affirme que, depuis la première communication de M. Quénu à cette tribune, à la suite de laquelle j'ai modifié, comme je vais le dire, ma manière de faire, j'ai obtenu des résultats opératoires de beaucoup supérieurs à ceux que j'avais eus jusque-là.

Lorsque M. Quénu a pris la parole ici au début de cette discussion, je venais d'écrire un article destiné à un de nos journaux de médecine et j'avais intitulé cet article : *Les mains du chirurgien.* Ce sont les grandes lignes de cet article que je veux vous indiquer en examinant si les expériences de MM. Bazy, Delbet, Poirier et Schwartz, si les conseils de M. Terrier doivent les modifier.

Soignons nos mains, voilà la devise.

Mais comment les soigner ? M. Broca, dans sa communication, a dit très clairement une partie de ce que je voulais faire ressortir. J'y reviens cependant, tant la chose me paraît de grand bon sens.

Toutes les mains ne s'accommodent pas du même traitement. Ce qui convient à l'une est nuisible ou inutile à l'autre, et rien n'est plus variable que la susceptibilité individuelle vis-à-vis des antiseptiques. Aussi, à ce propos, est-il bon de remettre les choses au point. Les expériences de Delbet ont fait impression, mais, Messieurs, si on veut bien y réfléchir, elles ne prouvent pas « qu'on peut » aseptiser des mains souillées; elles signifient uniquement que « M. Delbet peut aseptiser ses mains ».

Pour ce faire il use copieusement de l'alcool et du sublimé. M. Broca nous a dit que ses mains ne supportent pas ce traitement.

Que faire alors? Et il n'est pas le seul. Je peux vous citer mon maître, M. Peyrot, qui ne peut toucher au sublimé. J'ai été pendant cinq ans l'assistant de M. Peyrot, et nous avons mis au supplice le personnel des infirmiers et infirmières, M. Peyrot ne pouvant approcher le sublimé, et moi fuyant l'acide phénique. Et ce n'est pas une plaisanterie : dès que, par mégarde, M. Peyrot avait trempé les mains dans mon bassin de liqueur de Van Swieten, il avait le jour suivant des gerçures autour des ongles, et dès que j'avais touché à sa cuvette d'eau phéniquée, je gardais la main rugueuse, raboteuse et couverte, pour plusieurs fois vingt-quatre heures, de squames épidermiques.

Alors les expériences de M. Delbet ne peuvent s'appliquer à MM. Peyrot, Broca, etc..., et si ces messieurs renouvelaient ces expériences en se servant d'eau phéniquée au lieu de liqueur de Van Swieten, il est probable que les résultats seraient les mêmes, mais je n'en sais exactement rien. Qui sait même si M. Delbet ne pourrait pas se stériliser les mains sans alcool et sans sublimé. Il n'en sait rien, ni moi non plus.

Messieurs, je ne voudrais pas que ma parole dépassât ma pensée : je ne veux nullement rabaisser les expériences de M. Delbet qui m'ont impressionné vivement, comme vous tous : je voudrais seulement mettre en garde contre une conclusion qu'il n'avait

certes pas prévue et que certains esprits se complaisent à faire ressortir de ses expériences.

Puisqu'*on* peut se stériliser les mains en se lavant, ai-je entendu dire, *on* peut se les salir impunément.

Voilà le danger selon moi : non, les expériences de M. Delbet ne signifient pas qu'on doive se souiller les mains quand on peut faire autrement : je crois même qu'il faut éviter avec soin de les mettre au contact des matières particulièrement septiques. M. Delbet nous dit bien qu'une croûte de pain est septique. D'accord, mais le pus d'un phlegmon diffus ou d'une angine de Ludwig l'est encore bien davantage. Et puis, je ne peux pas me dispenser de toucher à mon pain, mais rien ne m'oblige à opérer les mains nues un abcès chaud ou une fistule anale.

C'est ce raisonnement bien simple qui m'a engagé fermement à protéger mes mains, *dans la limite du possible*, contre les contacts septiques. Aussi me voilà devenu un adepte fervent de l'usage des gants. Je parle, bien entendu, des gants imperméables, et non pas des gants de fil dont il ne saurait plus être question ici et qui, je crois, ne sont employés en France que par M. Tuffier.

Je me sers donc de gants en caoutchouc que je prends chez M. Favre, semblables à ceux de M. Jalaguier. Je les utilise pour faire les opérations septiques faciles, pour ouvrir les phlegmons diffus, les angines de Ludwig, les abcès chauds; pour un toucher rectal ou vaginal, je préfère le gant aux doigtiers, parce qu'il protège toute la main et en particulier le médius et les espaces interdigitaux. Ils permettent en outre de toucher à l'occasion avec deux doigts. J'ai cependant toujours dans ma poche des doigtiers pour l'imprévu. J'ai renoncé aux condoms en baudruche qui coûtent vraiment trop cher. A Bicêtre, je me suis aperçu un jour qu'on les payait vingt-cinq centimes pièce. C'est par trop exagéré. Actuellement les petits doigtiers en caoutchouc extrêmement mince reviennent à deux sous, et on peut les laver et les faire bouillir pour en user de nouveau. Dans ma pratique, les gants en caoutchouc méritent, comme les doigtiers, le nom académique de « Préservatifs ».

J'avoue que je suis, à cet égard, tout à fait de l'avis si clairement exprimé par M. Rochard : la main gantée n'a plus la dextérité voulue et le malade y perd en sécurité plus qu'il n'y gagne en asepsie. Aussi ne ferais-je pas une opération aseptique avec des gants qui ralentissent l'acte opératoire.

Mais alors, dira-t-on, que ferez-vous quand, au cours d'une laparotomie pour appendicite, pour suppuration pelvienne, pour occlusion intestinale, pour rupture de l'intestin, etc., toutes opérations que je pratique et pratiquerai toujours les mains nues,

que ferez-vous si vos mains sont souillées des liquides les plus virulents? D'abord, j'aurai soin, en opérant, de tremper *très* souvent les mains dans mon antiseptique préféré (pour moi, c'est le sublimé; pour un autre, ce sera l'eau phéniquée ou l'eau formolée, etc.); j'aurai soin surtout de ne pas laisser les liquides septiques sécher sur le dos de la main ou sur les avant-bras. Je crois que le lavage stérilise plus facilement quand on y a recours rapidement après le contact, et surtout lorsque le liquide septique n'a pas eu le temps de sécher sur la peau.

Depuis longtemps j'ai pris avec M. Peyrot cette excellente habitude de passer à chaque instant les mains dans un liquide antiseptique, au cours d'une opération. Et j'ai été heureux de voir, par les expériences de MM. Schwartz et Marmorek, que par cette pratique on arrive à la fin de l'opération à conserver l'asepsie des mains et même à la parfaire.

Ces expériences sont surtout intéressantes à côté de celles de M. Terrier qui, ne se lavant pas dans un antiseptique, et opérant les mains sèches, arrive, à la fin de son intervention, à douter de l'asepsie de ses mains.

Si donc mes mains sont souillées, je les rincerai souvent dans mon antiseptique et je ne laisserai jamais sécher un liquide suspect sur ma peau.

Enfin, dès que l'opération sera terminée, je me laverai avec autant de soin, sinon plus, qu'avant de prendre le bistouri, usant largement encore cette fois de mes antiseptiques favoris. Ces precautions prises, lavages fréquents des mains pendant l'opération, grand nettoyage après, je me croirai très bien autorisé à faire une opération aseptique, si l'urgence m'y condamne. Il est clair que je ne la chercherai pas : mais j'agirai à l'occasion en toute confiance.

Pour légitimer cette confiance, je n'ai pas comme M. Delbet, des expériences à vous apporter. Mais les expériences, qui frappent en matérialisant les faits, ne sont pas toujours nécessaires pour asseoir une conviction. Les bonnes gens n'avaient pas attendu Newton pour savoir qu'en mettant le pied dans le vide on tombe sur le sol. Je répète que cela n'est pas dit pour diminuer l'intérêt des expériences de M. Delbet qui ne saurait d'ailleurs m'en vouloir de le faire voisiner avec Newton. Mon critérium est dans mon expérience de tous les jours. J'ai sous les yeux ma statistique et j'y vois que depuis deux ans, c'est-à-dire depuis que M. Quénu, par sa première communication ici, m'a fait modifier ma pratique, depuis deux ans, dis-je, je n'ai pas perdu un seul opéré d'infection. Et je ne parle pas seulement des laparotomies, car le péritoine, qu'on prend trop souvent comme exemple, est plus tolérant qu'on

ne l'a dit : mais j'ai fait des sutures de rotule, des résections du coude pour ostéo-arthrite tuberculeuse, des résections de cals vicieux, des sutures osseuses pour pseudarthrose du tibia et de l'humérus, des néphropexies, etc., et presque toujours sans drainage ; je n'ai pas observé d'infection.

Je me crois en droit de conclure que ma pratique est bonne et je m'y tiens. C'est d'ailleurs le raisonnement de M. Broca dans la dernière séance.

J'évite ainsi les préceptes lapidaires que nous énonçait M. Terrier il y a un mois. Et à ce propos, avec tout le respect que je lui dois, je me permettrai de faire quelques remarques au sujet de la pratique qu'il nous a conseillée.

« A coup sûr, nous dit-il (page 594), je ne me permettrai cette succession d'interventions (une opération aseptique après une opération septique) qu'avec un intervalle d'au moins quarante-huit heures. »

Pourquoi quarante-huit heures plutôt que cinquante-deux ou que trente-neuf, et pourquoi pas trois jours ou même quatre? C'est une question d'appréciation purement personnelle. Et puis, M. Terrier est un modèle que tout le monde ne peut pas imiter.

« Pour garder ses mains aseptiques, nous dit-il,... on peut avoir deux assistants, l'un pour les opérations aseptiques, l'autre se chargeant des interventions septiques. »

Eh bien, cette manière de faire, idéale en théorie, me paraît en réalité impraticable pour la majorité des chirurgiens. Tout au plus, ces préceptes sont-ils bons pour quelques privilègiés qui disposent de toute une cour d'aides et d'assistants. Mais pour moi, principicule, je renonce à trouver autour de moi un jeune chirurgien à qui je demanderai de besogner uniquement dans le septique. Et encore ne serais-je pas bien sûr, même si j'étais un grand prince, que mon assistant aseptique refuserait dans sa clientèle de la ville une intervention d'urgence par la raison qu'elle pourrait le contaminer. Je ne suis pas bien sûr inversement que l'assistant voué au sale par son maître se priverait dans sa clientèle privée de toutes les interventions aseptiques.

Au résumé, le plus simple, selon moi, est d'apprendre à ses élèves à se bien désinfecter les mains, et à se les contaminer le moins possible, non seulement dans la vie professionnelle, mais dans la vie commune. C'est sur ces deux points capitaux que je désire faire quelques réflexions.

1° *Désinfection des mains.* — Pour commencer *ab ovo*, un mot d'abord sur le cure-ongles et les ongles. Chacun sait l'importance des ongles et de leur sertissure au point de vue qui nous occupe.

Il faut les tenir coupés au ras de la pulpe digitale, c'est-à-dire qu'ils ne soient pas plus longs que les doigts, et pourtant qu'ils dépassent assez le lit de l'ongle pour protéger la peau fine du sinus. Ils seront toujours coupés avec les ciseaux ou la pince coupe-net, plutôt que limés. Quant au cure-ongles, tel qu'on le trouve partout, je le considère comme un mauvais instrument, parce qu'il est trop pointu et trop tranchant. Sa pointe décolle l'ongle et le soulève, et son tranchant offense l'épiderme si sensible du sinus, ce qui crée des irrégularités fâcheuses sous le bord libre de l'ongle. Je conseille donc de n'user que d'un instrument à bords et à pointe très émoussés, et encore avec la plus grande douceur.

Pour le brossage et le savonnage je dirai peu de chose, bien que ce soit selon moi le temps le plus important. M. Delbet conseille de ne pas se laver dans de l'eau courante. Pour moi je me défie de l'eau dans laquelle je me suis lavé, et, avec du savon bien mousseux on arrive toujours à avoir sur les mains et sous la brosse une solution de savon aussi concentrée qu'on le veut. Si vous vous vous lavez dans une cuvette, il faut changer l'eau plusieurs fois sous peine, à la fin, de barboter dans une purée septique. L'eau doit être chaude, bien entendu. Je peux assurer à M. Delbet qu'avec un savonnage prolongé on arrive à un dégraissage complet sans qu'il soit besoin d'alcool, ceci dit pour les chirurgiens comme M. Broca, dont la peau s'accommode mal de l'alcool. Pour moi, je me sers d'alcool, et je suis reconnaissant à M. Delbet de m'avoir bien appris l'épreuve de la peau mouillée, qui indique le terme du savonnage ou du brossage dans l'alcool, Arrivé à ce point, la solution antiseptique à employer pour terminer variera suivant les affinités ou les répulsions épidermiques de chaque chirurgien. Sublimé, permanganate et bisulfite, eau phéniquée, peu importe. Qui sait même, si on n'arrivera pas bientôt à supprimer ce temps de la désinfection des mains. Voilà M. Terrier qui peu à peu a diminué le taux de sa solution de bichlorure et qui arrive « dans bien des cas à n'employer que de l'eau stérilisée par l'ébullition prolongée ».

Il est vrai, comme je l'ai déjà fait observer, que M. Terrier ne touche guère au pus, et que ses mains, pour être stérilisées, n'ont peut-être pas besoin d'un traitement aussi soigné. Il m'est arrivé à ce sujet une aventure que je désire vous raconter.

Il y a quelques semaines, un doute me vint sur la bonne tenue de ma salle d'opérations; j'apportai un matin une solution d'iodure de potassium et je la versai dans ma cuvette de prétendue liqueur de Van Swieten. Le liquide resta parfaitement bleu au lieu de prendre la teinte rouge vif du biiodure. L'infirmière fut alors

obligée d'avouer qu'elle me donnait de l'eau bouillie colorée en bleu et qu'elle n'avait pas de sublimé.

Je n'insiste pas sur le chagrin que j'éprouvai devant cette constatation : mais ce qui me frappe, c'est que mes opérés n'avaient pas moins bien guéri pendant cette période où je me lavais consciencieusement les mains dans de l'eau bouillie colorée en bleu, croyant me laver dans de la liqueur de Van Swieten.

Pour plus de sécurité, je n'en continue pas moins à terminer la stérilisation des mains par l'usage d'un antiseptique, mais je reste convaincu que le temps capital de l'opération, c'est le savonnage avec la brosse et l'eau chaude.

J'ajoute que si j'ai des raisons de croire que mes doigts ont été particulièrement contaminés antérieurement, je trempe mes doigts dans de la teinture d'iode pure, manœuvre empruntée, je crois, à la pratique de Roux (de Lausanne). Le bisulfite les décolore instantanément.

Tout ce que j'ai dit de la désinfection des mains s'applique au traitement de la peau de la région opératoire.

En dehors de l'urgence, la région est rasée à l'avance, lavée, relavée et protégée par un pansement. Je n'insiste pas.

Le chirurgien ne doit jamais avoir plus d'un aide. Je ne connais pas d'opération qu'on ne puisse faire à deux. Quand c'est matériellement possible, il doit, ainsi que son aide, avoir une blouse et un tablier stérilisés. M. Terrier a pourtant dit qu'il ne se sert jamais de blouses stérilisées. J'avoue que je ne m'explique pas pourquoi. Pour moi, j'en use toujours, avec cette réserve que je n'y touche jamais pendant l'opération et que je me conduis vis-à-vis de mon tablier et de ma blouse stérilisés absolument comme s'ils étaient septiques. Je n'en crois pas moins très utile d'avoir un vêtement aseptique, car il suffit de voir opérer ses collègues pour s'assurer qu'au cours d'une intervention un peu longue et difficile il est bien rare qu'une pince ou un linge aseptique ne vienne par instants au contact du tablier de l'opérateur ou de son aide, surtout si le chirurgien a quelque corpulence.

Vient maintenant la question des instruments. Nombre de chirurgiens les laissent à sec. J'avoue que je les préfère dans un liquide et voici comment j'opère.

J'ai deux plateaux contenant du liquide aseptique : ils sont séparés par une cuvette de liqueur de Van Swieten. Si, au cours de l'opération, j'ai besoin de quelques instruments de plus, on m'ouvre la grande boîte de réserve et je les prends moi-même avec une pince.

Si je conseille de laisser les instruments dans du liquide, c'est que je suis frappé de ce fait que la poussière n'arrive pas à leur

contact et reste à la surface du liquide où on la voit très bien à la fin de l'opération. Il est bien vrai qu'en prenant les instruments, on peut les souiller au contact de ces poussières: je crois pourtant qu'on s'y expose moins qu'en les laissant à sec à l'air libre. On me dit bien que ces poussières ne sont pas septiques ou le sont peu. Je veux bien le croire, mais je m'en défie tout de même. J'ajoute que j'emploie le moins d'instruments que je peux, et que le système des deux plateaux, dont l'un est destiné aux instruments vierges et l'autre à ceux qui ont déjà servi, me paraît très recommandable.

Pour les fils à ligature, depuis que j'emploie exclusivement le catgut, je n'ai plus jamais observé ces obsédantes éliminations de fils infectés, que nous connaissions tous.

2° *Protection des mains.* — Je parlerai séparément de la vie professionnelle et de la vie commune.

A. *Vie commune.* — Il est certain qu'on arrive toujours à être obligé de toucher à la croûte de pain septique dont parle M. Delbet, et M Quénu nous a montré un idéal que personne ne peut atteindre, mais dont il faut s'approcher le plus possible.

Je crois pourtant qu'en dehors des septicités obligatoires, on doit éviter, « quand on le peut », les occasions de se contaminer les mains. Le chirurgien doit soigner ses mains, comme la danseuse soigne ses pieds, comme l'orateur soigne sa diction en parlant sur les plages avec des cailloux dans la bouche, comme le chanteur soigne son larynx, comme le jockey de courses soigne son régime pour ne pas dépasser le poids réglementaire. — Pour cela, je porte presque constamment des gants qui évitent bien des contacts. Et j'ajoute que chacun, suivant ses goûts favoris, doit surveiller ses mains.

Grand pêcheur à la ligne, j'imagine qu'il est fâcheux de manier des asticots ou autres amorces sans gants pendant toute une journée. De même pour bien d'autres sports auxquels on peut très bien se livrer avec de vieux gants. J'en dirai autant pour toutes les occupations (le jardinage, par exemple) qui exposent à des éraflures des mains, à de petites plaies des doigts: là encore, le gant préservatif me paraît de grande utilité, sinon de toute nécessité.

B. *Vie professionnelle.* — Ici, j'insiste encore bien plus sur la protection du gant en caoutchouc ; non seulement, comme je l'ai dit plus haut, pour les opérations septiques faciles, mais pour toutes les besognes courantes du service. Le plus souvent, je fais la visite avec des gants et je me lave avec mes gants en passant d'un malade à l'autre.

Pour l'amphithéâtre, il est bien entendu qu'on ne saurait plus

jamais y pénétrer. J'ai vraiment à ce sujet une sorte d'émotion rétrospective quand je songe aux désastres que nous avons dû avoir autrefois, quand nous allions opérer en venant de faire une autopsie. Je me rappelle très bien avoir entendu mes maîtres remarquer, à l'encontre de ce que nous a dit M. Picqué, combien les résultats opératoires étaient moins bons en ville qu'à l'hôpital.

J'ai moi-même, il y a quelques années, fait plus d'une fois cette réflexion, que mes opérés guérissaient mieux à l'hôpital qu'à la ville. Je suis convaincu que cela tenait pour une bonne part à ce que nous faisions le plus souvent nos opérations en ville après le service de l'hôpital ; et c'est après avoir pratiqué des opérations de tout genre à l'hôpital, des touchers du rectum et du vagin, et même des autopsies, que nous allions dans notre clientèle de la ville. Pour cela nous sommes tous d'accord : mais il n'en est plus de même si nous abordons la question des travaux de dissection sur des sujets injectés.

M. Poirier nous a cité des expériences qui me paraissent comporter des conclusions un peu différentes de celles qu'il en a tirées. Je vois en effet, dans la note que lui a remise M. Lœper, que si les liquides de l'œdème de ses cadavres injectés ont été stériles à l'ensemencement, il n'en a pas été de même pour toutes les régions examinées. « Deux tubes anaérobies, dit-il, ont été ensemencés l'un avec le liquide d'une phlyctène superficielle, l'autre avec du liquide d'une escarre verdâtre et fétide. La gélose a été dissociée en vingt-quatre heures et nous avons retrouvé dans chaque tube le bacillus perfringens à l'état de pureté » (p. 645). — M. Poirier conclut que « les parties dans lesquelles l'injection n'a pas pénétré ne tardent pas à se putréfier et sont d'un maniement dangereux ». Jusqu'ici, c'est parfait, mais voici qu'il ajoute : « Je fus rassuré. » Je ne pense pas qu'il y ait lieu d'être aussi rassuré, puisque certaines régions du cadavre peuvent échapper à l'action du liquide injecté. Et puis, n'y a-t-il pas l'estomac et l'intestin? Et que penser des exercices opératoires sur les viscères abdominaux, des anastomoses gastro-intestinales et autres (même sur des sujets injectés), dans lesquels on ouvre l'intestin dont le contenu ne saurait être stérilisé? Je suis là hardiment de l'avis de M. Quénu, et je n'aimerais pas comme aide un interne qui a passé sa journée à disséquer sans gants.

Tout au moins, si je devais user de cet aide, je surveillerais attentivement la manière dont il se désinfecte les mains. Je dois dire que je ne saurais mieux faire que de l'envoyer pour s'instruire sur ce point, à M. Poirier lui-même. Je pense que M. Poirier est le seul parmi nous qui, pour citer ses propres paroles (22 mars 1899, p. 318), « la veille des opérations délicates, il provoque une suda-

tion locale en enfermant pendant *une heure ou deux* ses mains aseptisées au préalable et trempées dans une solution d'hypochlorite de chaux, dans des gants très larges en tissu caoutchouté ». Et ce n'est pas tout : l'an dernier, lorsque j'ai succédé à Ivry, à M. Poirier, je suis allé, quelques jours avant, le voir dans son service. J'ai été frappé, et j'en ai fait mon profit, du soin constant qu'il mettait à se savonner les mains. Pendant toute la durée de la visite, il a eu les mains et les avant-bras couverts de mousse de savon et a littéralement passé sa matinée à se laver. Ce que j'en dis n'est pas pour l'en blâmer, car je fais depuis ce jour-là quelque chose d'analogue, comme je vais le dire. Mais si je compare cette manière d'agir avec celle de M. Terrier, qui, lui, se lave beaucoup moins longtemps, se brosse à peine, n'use ni d'antiseptique ni d'alcool, et pourtant nous dit obtenir de bons résultats comme M. Poirier, je ne peux m'empêcher de songer que l'un passait une partie de ses journées à l'École pratique, tandis que l'autre s'ingéniait à ne toucher à rien de septique.

En somme, quand on fréquente les amphithéâtres de dissection, on a une bonne occasion d'user des gants imperméables.

J'ajoute que pour rendre la peau des mains douce et unie, et combattre l'action astringente des antiseptiques, je fais constamment usage de glycérine et de poudre d'amidon stérilisée. Dès que j'ai terminé une opération, septique ou non, je me frotte les mains et les avant-bras avec de la glycérine et je les trempe dans de la poudre d'amidon stérilisée que je garde pendant le reste de la visite d'hôpital. Si l'opération a été longue, le sublimé a parfois rendu la peau un peu rugueuse et comme gondolée : ce traitement à l'amidon est alors excellent. J'arrive très bien ainsi à éviter les gerçures et les folliculites le long des poils. Je garde ainsi un épiderme intact et soigné, qui résiste très bien aux diverses manipulations que je lui fais subir avant d'opérer et en opérant. Ce traitement doit convenir à bon nombre de mains chirurgicales.

Pour terminer, je dirai que dans mon esprit, il faut, pour bien faire, associer la pratique de M. Terrier, qui se gare le plus possible des contacts septiques, à celle de M. Poirier, qui se lave à outrance. Il faut, même lorsqu'on n'a rien touché de septique en apparence, traiter ses mains comme si elles sortaient d'une cavité péritonéale infectée ; en d'autres termes, même lorsqu'on fait tous ses efforts pour ne pas se contaminer les mains, il faut savoir que certaines nécessités de la vie nous obligent à les considérer toujours comme septiques.

En somme, si je voulais résumer en une formule simple ce que je pense du meilleur procédé pour aseptiser les mains au sens chirurgical du mot, je dirais comme précepte :

Eviter autant que possible dans la vie commune et surtout dans la vie professionnelle, tous les contacts septiques; mais se laver TOUJOURS *avant et même après une opération, comme si les mains venaient de subir le contact le plus virulent.*

M. TERRIER. — Je désire donner quelques explications à M. Guinard ; il vient de dire que je me lavais rapidement les mains. Je tiens à affirmer que je les lave toujours d'une façon consciencieuse, et suffisamment prolongée.

On a rappelé aussi les remarques que j'ai faites autrefois sur la stérilité des mains au cours des opérations. Il est parfaitement exact que j'ai toujours vu qu'à la fin d'une opération longue, les mains tendaient à ne plus être stériles. C'est pour cela que je me lave plusieurs fois les mains au cours d'une opération, et qu'aujourd'hui en outre je les essuie avec des compresses stérilisées. J'attribue à cette manière de faire une réelle valeur.

M. Guinard me demande pourquoi j'ai dit qu'il fallait mettre quarante huit-heures d'intervalle entre une opération septique et une opération aseptique. J'ai donné là la limite qui me paraissait la plus rationnelle, mais ce nombre d'heures n'a rien d'absolu; il est évident que la contamination des mains est plus ou moins profonde, non seulement suivant la nature des produits septiques qui ont été mis en contact avec elles, mais aussi suivant les opérateurs eux-mêmes. Quant à l'habitude que je préconise de faire pratiquer dans un service les opérations septiques par certains assistants et les opérations aseptiques par d'autres, habitude que j'avais prises dans mon ex-service de l'hôpital Bichat, je puis dire que je n'ai véritablement rien inventé, puisque j'ai vu les choses se passer ainsi il y a douze ans dans un voyage que j'ai fait à Saint-Pétersbourg. J'ajoute que ceux de mes élèves qui sont appelés à pratiquer des opérations septiques le font, autant que possible avec des gants.

On m'a demandé encore pourquoi je ne stérilisais pas les blouses et les tabliers. Je répondrai que c'est uniquement parce que c'est là une opération, sinon impossible, du moins très difficile à organiser avec notre déplorable installation hospitalière. Nous avons déjà bien de la peine à obtenir de l'eau stérilisée, heureusement que l'eau dont nous nous servons est suffisamment bouillie, pour ne pas amener d'accident.

Du reste, j'ajouterai que depuis l'ouverture de cette discussion à la Société de chirurgie, je me suis fait une règle de ne plus utiliser *aucun antiseptique;* je n'emploie que le sérum artificiel, et sur quatre-vingt-dix-sept opérations que j'ai pratiquées dans l'amphithéâtre si défectueux de la Pitié, je n'ai eu que trois morts.

Donc, avec une pratique très simple, on peut faire de bonne chirurgie.

M. Poirier. — Je puis rassurer M. Guinard sur la propreté des mains de ceux qui se livrent à des travaux de médecine opératoire sur les viscères. Les viscères sont parmi les organes qui se conservent le mieux après injection, en raison de leur vascularité. Et je répète, une fois de plus : le cadavre baigné et bien injecté est antiseptique, et la preuve est qu'il se conserve indéfiniment aussi bien à l'air qu'à l'abri de l'air.

Je remercie notre collègue d'avoir rappelé, en l'approuvant, la façon dont il m'a vu procéder au lavage des mains dans mon service d'Ivry. Le savonnage est chez moi une manie ; je me sers de ce savon blanc à la glycérine que nos surveillantes fabriquent. En entrant dans ma salle, je commence à me savonner, et je ne touche ou palpe un malade que les mains enduites de savon. Entre chaque examen, je rince et passe au sublimé, pour resavonner de suite. Jamais je ne me sers de vaseline ou d'un corps gras pour les explorations internes, estimant que la couche de savon dont mes mains sont recouvertes est suffisamment protectrice. J'ai depuis longtemps proscrit le cure-ongle, qui abîme la sertissure de l'ongle et la rend plus difficile à nettoyer ; je nettoie les ongles d'une main avec ceux de l'autre main. Je demande à mes élèves de faire comme moi et nous sommes, comme chacun ici d'ailleurs, enchantés des résultats obtenus.

Guinard vous a rappelé la pratique que je préconisais devant vous il y a deux ans, de faire suer ses mains dans des gants d'un tissu caoutchouté lorsqu'elles ont été en contact avec des organes infectés, ou à la veille d'une opération grave. Je ne saurais trop me louer de cette pratique scientifiquement défendable. Les savonnages, décapages, etc., auxquels nous soumettons nos mains peuvent peut-être désinfecter l'épiderme corné, même le *stratum lucidum* et jusqu'au *granulosum*, s'ils sont longtemps continués. Mais ils ne peuvent guère ou rien contre les épithéliums glandulaires qui fonctionnent d'autant plus que la main travaille. C'est la transpiration, qui vide les glandes au cours d'un travail opératoire, qui est dangereuse. C'est contre ses dangers que j'essaie de me garder en faisant suer mes mains dans des gants caoutchoutés. La manœuvre est facile : je la crois très utile. Je la pratiquerai ce soir en me couchant, bien que je me sois abstenu autant que possible de tout contact septique pendant la journée, parce que je dois opérer demain matin un gros fibrome, c'est-à-dire faire une de ces opérations dans lesquelles les insuccès se chiffrent encore par une moyenne de 10 à 15 p.100.

Présentation de malades.

Résultats éloignés d'une opération de recto-coccypexie.

M. Lejars. — A l'occasion des dernières discussions sur le prolapsus rectal, je tiens à vous présenter un malade auquel j'ai pratiqué la recto-coccypexie, il y a neuf ans, pour un volumineux prolapsus. Le résultat a été excellent et ne s'est nullement démenti depuis. C'est un exemple de plus à l'appui de l'opération indiquée par Verneuil, et grandement améliorée par M. Gérard Marchant.

M. Poirier. — Le cas de Lejars me donne l'occasion de vous rapporter brièvement un insuccès opératoire que je viens de subir dans un cas de prolapsus total du rectum.

L'homme, âgé de soixante-cinq ans, portait depuis un an et demi un prolapsus long de 12 centimètres : depuis quatre ou cinq ans il avait présenté des symptômes graves de rectite hémorroïdaire avec pertes glaireuses et sanguines fréquentes et abondantes. Le prolapsus qui se produisait plusieurs fois par jour, à l'occasion des selles, était, en général, facilement réductible ; parfois, cependant, il ne pouvait être réduit qu'à la suite d'applications de compresses froides. La muqueuse rectale présentait deux ulcérations longues de 6 à 8 centimètres et larges de 4 à 5, à bords et fond hypertrophiés et indurés. Au fond de l'une d'elles on voyait les fibres musculaires. Il n'y avait point d'hédrocèle.

Comme l'homme était fort affaibli, j'essayai de relever l'état général, mais des hémorragies abondantes m'obligèrent à hâter l'intervention. En raison des ulcérations de la muqueuse, je résolus d'avoir recours au procédé par résection de la muqueuse dont M. Delorme vous a entretenu il y a quelques jours. J'intervins le 14 juin. L'opération ne présenta point de difficultés réelles : à noter seulement la difficulté de disséquer la muqueuse et l'abondance de l'hémorragie dans la zone hémorroïdaire qui remontait à une hauteur de 6 à 8 centimètres; au delà, la muqueuse se détacha facilement. Je m'arrêtai dès que j'eus dépassé les ulcérations et réséquai ainsi un cylindre muqueux de 18 centimètres. Les sphincters que je n'avais point dilatés, étaient très hypertrophiés ; je rétrécis par trois points de suture l'anneau sphinctérien; je terminai en fixant la muqueuse à la peau par des points profonds comprenant la peau et les parties molles, et par des points superficiels unissant circulairement la section muqueuse à la section cutanée. En raison de l'infection de la plaie par les ulcérations de

la muqueuse, je plaçai deux drains. Le cul-de-sac péritonéal, vu et refoulé n'avait point été ouvert.

Le résultat immédiat de l'opération était excellent, la muqueuse était unie sans tension.

Il n'en fut pas de même des suites. J'avais constipé le malade; mais, au bout de quarante-huit heures, la température était à 38°6 et le pouls à 120; je fis le pansement et enlevai les drains; l'apparence de la plaie était parfaite. Comme il y avait un peu de ballonnement du ventre, j'administrai un léger purgatif. Pendant quatre jours, encore la température oscilla entre 37°8 le matin et 38°6 le soir, le ventre restant ballonné, sans vomissements. Dans la nuit du septième jour la température monta à 39°4 et le malade succomba au matin du huitième jour.

A l'autopsie, notre surprise fut grande de ne point trouver de péritonite : le cul-de-sac de Douglas présentait l'aspect normal. Mais, en disséquant la pièce, nous trouvâmes sous le péritoine pariétal les ganglions iliaques ramollis et baignant dans le pus; de même dans le mésentère de l'anse colique. Il nous parut, par l'hypertrophie de ces ganglions, que les lésions en rapport avec les ulcérations de la muqueuse étaient anciennes et que notre opération avait fouetté une infection déjà existante sur un malade très affaibli. De plus, toutes les sutures faites au catgut, sur une muqueuse épaissie et friable, n'avaient pas tenu, et le cylindre muqueux était remonté à 10 centimètres de l'anus.

Quoi qu'il en soit, ce cas malheureux ne saurait servir d'argument contre le procédé de résection muqueuse préconisé par M. Delorme, car l'homme était vieux, très affaibli et infecté. Je dois dire que le procédé m'a paru bon, d'application facile : dans le cas particulier, étant données les ulcérations de la muqueuse qui excluaient les procédés de fixation après réduction, il m'avait semblé devoir être préféré.

Ectopie testiculaire inguinale droite.

M. A. Mignon. — Le malade est un militaire âgé de vingt-deux ans, qui avait toujours un peu souffert de son ectopie et dont les douleurs avaient été augmentées par les premiers exercices militaires. Ces douleurs étaient localisées au-dessus du pli de l'aine et ressemblaient à celles déterminées par la pression du testicule gauche.

Le testicule était fixé tout près de l'orifice supérieur du canal inguinal. Il était plus petit que le congénère.

Pas de hernie. — Pas de bourse scrotale.

J'ai opéré le malade le 9 février dernier. Les douleurs ont complètement disparu depuis l'opération et le testicule reste dans la bourse droite, à deux travers de doigt au-dessous de l'orifice inférieur du canal inguinal. Il a le volume d'une noisette et est un peu mou. Le cordon est réduit au canal déférent.

C'est surtout de l'opération que je voudrais vous parler.

Après avoir ouvert le canal inguinal dans toute sa longueur, j'ai dégagé la face postérieure du testicule et du cordon jusqu'à l'orifice supérieur du canal.

Puis, je suis revenu en avant et j'ai sectionné de nombreux trousseaux fibreux qui rattachaient la gaine du cordon aux parois du canal inguinal. Ceci fait, le cordon devint libre et mobile jusqu'à son émergence du bassin. Mais le testicule ne descendait pas.

Je pris alors le parti de m'attaquer aux éléments mêmes du cordon. Je reconnus que l'épididyme était placé en avant de la glande et que le canal déférent était en procidence. Il formait au-dessous du testicule des flexuosités qui devaient permettre son allongement.

En tirant sur la glande, je constatai que c'était la partie antérieure du cordon qui se tendait et s'opposait à la descente. Je la sectionnai au-dessus de la tête de l'épididyme, ce qui me fit ouvrir la vaginale. Je coupai dans cette section deux vaisseaux dont l'un me parut être l'artère spermatique. Il ne resta plus du cordon que le canal déférent avec un vaisseau filiforme et un peu de tissu cellulaire.

L'allongement de ces derniers éléments fut très facile ; et le testicule descendit bien au-dessous du pubis.

Je constituai avec l'extrémité du doigt une dépression dans le tissu cellulaire de la bourse droite ; et je fixai au fond le testicule avec son inversion épididymaire.

La fixation se fit sans tiraillement, et j'échelonnai le long du cordon des points de suture passant dans la cloison scrotale et le tissu fibreux du pubis.

En somme, j'ai pu sectionner les vaisseaux spermatiques et ne laisser que l'artère déférentielle, sans nuire à la vitalité du testicule. Cet organe a aujourd'hui le volume qu'il avait avant l'opération.

Présentation de pièces.

M. Michaux présente une pièce d'*extirpation d'un anévrisme poplité*, au nom de M. Veslin (d'Évreux). — M. Michaux, rapporteur.

Le Secrétaire annuel,

Ad. Jalaguier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 11 JUILLET 1900

Présidence de M. Richelot.



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. Auguste Broca, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Une série d'épreuves radiographiques prises sur des xyphopages opérés par M. Chapot Prévost et offertes à la Société par M. Camillo Fonseca (de Rio-Janeiro).

A l'occasion du procès-verbal.

M. Delorme. — Je regrette de n'avoir pu assister à la dernière séance pour m'associer aux réserves que notre collègue M. Poirier a cru devoir faire au sujet de son opéré. Il ne faudrait pas, en effet, que de semblables cas puissent, à ses débuts, nuire à une opération simple, avantageuse, qui a besoin d'être pratiquée un assez grand nombre de fois pour qu'on soit fixé sur sa valeur.

Pour réussir, on doit trouver chez l'opéré les conditions favorables à une réunion par première intention. Or, sur le malade de M. Poirier, ces conditions étaient aléatoires, des plus douteuses, avec ces ulcérations de la muqueuse, sécrétantes, si étendues, si profondes, qu'elles atteignaient la musculeuse, et un état général

aussi précaire. Tout ce qu'il me semble légitime de tirer comme conclusion de cette observation, c'est que, jusqu'à nouvel ordre, l'opération est contre-indiquée sur des sujets *infectés* présentant des ulcérations de la muqueuse très profondes et très étendues.

Discussion

Asepsie opératoire : Sur la désinfection des mains.

M. Pierre Delbet. — Je m'excuse, Messieurs, de prendre deux fois la parole dans la même discussion. Si je le fais, c'est qu'ayant un service hospitalier depuis le commencement de juin, j'ai pu compléter avec M. Ravaut les recherches expérimentales dont je vous ai communiqué le début.

Les premières expériences dont je vous ai parlé sont incomplètes. On peut leur adresser des critiques sérieuses. Ces critiques, on me les fera. J'aurais pu attendre qu'on les eût faites pour y répondre. Mais il m'a semblé que si je gardais la réponse toute prête dans ma poche, j'aurais l'air d'avoir voulu, en communiquant des expériences incomplètes, tendre un piège à mes collègues. Il me paraît plus convenable d'éviter une telle apparence en vous donnant le résultat de mes dernières recherches.

Je le ferai très brièvement.

D'abord je dois dire qu'avant de livrer mes mains à Ravaut pour qu'il vérifie si elles sont aseptiques, je les trempe dans de l'eau stérilisée ou je les essuie avec des compresses pour qu'il ne reste à leur surface aucune trace de substance antiseptique. La stérilité des tubes ne peut donc pas être attribuée à la présence dans le bouillon d'une certaine quantité d'alcool ou de sublimé qui aurait diminué leur valeur nutritive pour les microbes.

Nos nouvelles recherches ont porté sur la peau de la région à opérer et sur mes mains.

Quatre expériences ont été faites sur la peau de l'abdomen de quatre malades au moment où j'allais les laparotomiser. Dans un cas où je n'avais pas surveillé moi-même le lavage, les tubes ont cultivé. Dans les trois autres, où j'ai surveillé le lavage et l'ai fait poursuivre jusqu'à ce que la peau soit bien mouillée par le sublimé, les tubes sont restés absolument stériles.

Il est donc excessif de dire qu'on ne peut pas stériliser la peau des malades. Avant qu'on fasse les prises pour les ensemencements, la peau était lavée à l'eau bouillie et essuyée avec des compresses stérilisées.

Voici maintenant ce qui concerne mes mains. Dans une précédente note, j'ai montré que je pouvais les aseptiser d'une manière parfaite, même après les contacts les plus septiques.

Sept nouvelles expériences du même genre que les premières ont été faites. Aucun des tubes ensemencés n'a donné de cultures. Ces résultats ne font que confirmer ceux dont je vous ai parlé, mais leur constance n'est pas sans intérêt.

Voici maintenant les autres points que je me suis efforcé d'éclaircir.

La grosse question est de savoir si les mains nues restent aseptiques au cours des opérations.

Au cours de cinq opérations aseptiques, des prises ont été faites sur mes mains sans que je les aie lavées après le début de l'acte opératoire.

Quatre fois sur cinq, les tubes ensemencés ont donné des cultures. Dans les quatre cas, il s'agissait uniquement de staphylocoques blancs.

Donc, en général, les mains deviennent septiques au cours des opérations. Cela, tout le monde l'a constaté.

Je me hâte d'ajouter que pour ces expériences, je m'appliquais à ne pas me passer les mains dans l'alcool, tandis que d'ordinaire je les y plonge fréquemment. J'ajoute qu'il m'a suffi de les y plonger pour qu'elles redeviennent aseptiques et que les microbes qu'on y a trouvés se sont montrés sans aucune virulence. Il n'en reste pas moins qu'on peut trouver des microbes sur les mains quand on laisse passer un certain temps sans les laver au cours d'une opération. Le fait est incontestable, mais comment doit-il être interprété?

On semble admettre, en général, que les microorganismes qui souillent les mains à la fin d'une opération sont sortis des glandes de la peau. Ne peuvent-ils pas tout aussi bien venir de l'air?

De ces deux opinions possibles, il est assez aisé de savoir quelle est la vraie. On peut le déterminer expérimentalement.

Pour savoir si les microbes sortent de la peau, il suffit d'envelopper les mains dans des compresses aseptiques de manière à les mettre à l'abri des poussières de l'air.

C'est ce que j'ai fait dans sept expériences. Cinq fois mes deux mains ont été enveloppées, deux fois une seule main. Cela fait donc douze mains. Dans un cas où l'enveloppement avait été fait avec deux tubes d'une gaze à trame très lâche, et par conséquent perméable, un tube a cultivé. Dans les onze cas où l'enveloppement a été fait avec des compresses de toile, les tubes sont restés stériles.

Voici la plus intéressante de ces expériences.

Le 28 juin, Ravaut a versé dans une cuvette trois tubes de bacille d'Eberth, trois tubes de colibacille, deux tubes de staphylocoques, quatre tubes de microbes anaérobies très virulents. J'ai brassé ce mélange avec mes deux mains pendant six minutes. Je me suis ensuite lavé comme j'ai l'habitude de le faire. Puis, mes mains ayant été bien essuyées avec une compresse, on a fait des ensemencements. Je me suis enveloppé ensuite dans des compresses épaisses et j'y suis resté vingt minutes. Au bout de ce temps, de nouveaux ensemencements ont été faits (quatre tubes). Il ne s'est pas développé un seul microbe, ni aérobie, ni anaérobie.

Donc, messieurs, les microbes qu'on peut trouver sur mes mains au cours des opérations ne viennent pas de mes glandes; ils ne viennent pas de mes tissus à moi. Comme ils ne peuvent pas venir du malade, puisqu'il s'agit d'opérations aseptiques, il faut qu'ils viennent de l'air.

Ceci encore peut être vérifié. Pour le faire, voici comment j'ai procédé dans cinq expériences.

Au moment où je commence à opérer, Ravaut ouvre deux ou trois boîtes de Pétri qui sont installées près de la table d'opération. Chaque fois qu'on fait une prise sur mes mains, on ferme une boîte qui est par conséquent restée exposée à l'air pendant le même temps que mes mains elles-mêmes. Ainsi à chaque tube correspond une boîte.

Or toutes les boîtes de Pétri, c'est-à-dire douze, ont cultivé, même dans un cas où mes mains n'ont pas donné de cultures. Toutes ont cultivé et on n'a jamais trouvé sur mes mains d'autres microorganismes que ceux qui se sont développés sur les plaques, staphylocoques blancs, sarcines et moisissures.

Voici donc les faits: les mains convenablement enveloppées restent aseptiques. Les mains exposées à l'air deviennent septiques. Les microbes qu'on trouve à leur surface sont ceux qui se développent sur les plaques de Pétri exposées à l'air pendant le même temps.

La conclusion éclate aux yeux. Les microorganismes qu'on a trouvés sur mes mains au cours des opérations venaient, non de mes tissus, non de mes glandes, mais de l'air.

Si cette conclusion est légitime, et elle ne peut pas ne pas l'être, on doit trouver les mêmes microorganismes sur le gant que sur la main nue.

Ceci encore, messieurs, j'ai tenu à le constater expérimentalement, pour supprimer en quelque sorte les raisonnements, qui peuvent être trompeurs, et laisser la parole aux faits.

J'ai pratiqué une opération aseptique avec la main gauche gantée et la main droite nue. Trois tubes ont été ensemencés avec le

gant, deux ont cultivé; des trois tubes ensemencés avec la main nue, un seulement a cultivé.

D'après cela, la main nue aurait plus de chances de rester aseptique que la main gantée. Peut-être en est-il ainsi. Il est possible en effet que l'épiderme bien imbibé d'alcool et de sublimé détruise certains germes, ce que ne peut pas faire le gant, qui ne s'imbibe pas.

Cependant, messieurs, je me garderai bien de tirer cette conclusion qui serait hasardeuse.

Mais je me crois pleinement autorisé à conclure de ces expériences que nos mains bien lavées sont et restent aussi aseptiques que les gants de caoutchouc.

Un mot encore, messieurs. Il m'a semblé que quelques-uns de nos collègues s'étaient mépris sur le but de mes expériences. On a paru croire que j'étais l'ennemi né des gants. Pas du tout, messieurs. J'étais dans l'état d'esprit que mon ami Lejars a parfaitement décrit il y a huit jours dans sa très belle communication; j'étais prêt à mettre des gants s'il m'était démontré qu'ils ont des avantages.

Quand Mikulicz a fait ses premières communications sur l'usage des gants, il les a empreintes d'une telle réserve que je n'y ai pas attaché grande importance. Mais quand M. Quénu est venu nous dire, pour la seconde fois, quelle importance il attache aux gants, j'ai été très ému. Le sentiment de ma responsabilité personnelle m'a pris à la gorge. Bien que mes résultats soient très satisfaisants, comme je vous l'ai montré, chiffres en mains, j'ai voulu savoir si ma pratique était à l'abri de tout reproche, si l'épreuve de la peau mouillée avait réellement la valeur que je lui attribuais.

Voilà pourquoi j'ai fait des expériences, voilà pourquoi je les ai faites sans rien changer à mes habitudes, en me lavant les mains comme je le fais depuis sept ans.

Par ces expériences, j'ai constaté, d'une manière précise, ou plutôt MM. Widal et Ravaut ont constaté, que mes mains sont réellement aseptiques lorsque je les crois telles. Ce résultat m'a apporté un grand soulagement, une véritable satisfaction, et, sans vouloir imposer quoi que ce soit, et à qui que ce soit, je vous l'ai communiqué, pensant que ceux d'entre vous qui ne mettent pas de gants ne seraient pas fâchés d'être sûrs que, quoique Tuffier en dise, ils ne sont pas, ni des hommes sales, ni de mauvais chirurgiens.

M. Bazy. — Je crois que M. Delbet aurait tort de dire que ses

mains deviennent *septiques*, attendu qu'il a prouvé que les microbes qu'on recueillait sur elles n'étaient pas *virulents*.

M. Tuffier. — Je tiens à expliquer et à justifier l'expression dont parle M. Delbet. Ce que j'ai dit à cet égard, je le maintiens. Si vous voulez comme moi avoir des « scrupules rétrospectifs », il vous sera facile de voir que comme moi vous avez tous été des hommes sales, — et si un d'entre nous ne partage pas mon opinion, qu'il me contredise. Ne vous est-il pas arrivé à tous, comme à moi-même, d'emporter au bout de vos doigts les odeurs des macérations cadavériques ? Nous sommes jusque-là des anatomistes sales. Mais ne vous est-il pas arrivé en déjeunant d'avoir le rappel trop vrai de ces mêmes odeurs? Or, je ne sache pas que l'acte de manger relève de la chirurgie : nous sommes donc alors des « hommes sales ». J'estime donc que se ganter le doigt pour faire un toucher rectal ou pour manipuler des produits putrides, est un acte de propreté.

M. Lucas-Championnière. — J'ai écouté, puis lu attentivement toutes les communications faites au sujet de l'antisepsie, de l'asepsie et de la désinfection des mains. Tant de problèmes différents y ont été abordés que la critique de toutes ces communications nécessiterait un bien long discours, et je n'ai d'autre prétention que celle de vous apporter ici le contingent de l'expérience de beaucoup la plus ancienne sur ces pratiques. Je ne veux faire fi d'aucun progrès, mais je crois qu'il y a danger réel à prendre pour un progrès une conception d'apparence neuve qui comporte beaucoup de complications dans la pratique, pour un bénéfice plus que contestable.

Avant de prendre des gants, avant de vous obturer la bouche avec des appareils, avant même de vous frictionner les mains avec des substances irritantes et dangereuses pour votre peau, avez-vous fait la preuve que vous aviez à remédier à des dangers d'importance capitale et qu'en même temps vous ne négligiez pas d'autres dangers beaucoup plus importants ?

Lister, voyant un jour opérer Langenbeck qui avait organisé son service à grands frais, avec une pompe qui était déjà de mode parmi les imitateurs de Lister, lui fit cette réflexion :

« Au cours de l'opération vous avez commis onze fautes dont chacune est susceptible de vous amener la suppuration. Je ne puis donc pas vous dire ni que vous avez appliqué ma méthode, ni que ma méthode puisse être responsable des événements qui vont survenir pour cette plaie. »

En effet, il semblerait, d'une part, que vous avez fait tout le nécessaire pour tenir vos mains pures et, d'autre part, que cette purification absolue des mains de l'opérateur soit le seul fondement de la méthode que vous allez appliquer.

Or, ce sont deux prémisses que je ne puis admettre, et l'embarras pratique au milieu duquel on semble se débattre aujourd'hui est bien fait pour mettre la satisfaction la plus vive au cœur de ceux qui, comme moi, ont pensé que si on avait toujours le droit de perfectionner et de compléter la grande découverte de l'antisepsie chirurgicale, on effectuerait un mouvement de recul incontestable en cherchant à la saper par la base, à la bouleverser en donnant aux générations nouvelles des préceptes qui ne son fondés ni sur l'expérience, ni sur une application juste de quelque découverte nouvelle.

La grande cause de l'embarras actuel et de la confusion dans laquelle on se débat, c'est que l'on a voulu oublier les préceptes de Lister. Il nous avait appris que pour accomplir une opération aseptique, c'était, après la préparation par les moyens antiseptiques, de renouveler cette action des antiseptiques sur les mains, sur les plaies et d'assurer par là pendant tout le cours d'une opération la conservation de l'état sain.

Les très curieuses expériences de M. Delbet nous apportent, au moment où je ne les attendais pas, des arguments bien faits pour me réjouir.

Cette nécessité, vous en avez apporté ici, malgré vous, la preuve indiscutable. M. Terrier, le premier, l'a donnée, cette preuve, en faisant cette simple déclaration : des fils qui, au commencement d'une opération étaient aseptiques, ne le sont plus à la fin de l'opération.

J'ai, pour ma part, la prétention de conserver mes fils aussi aseptiques à la fin qu'au commencement de l'opération, et de conserver dans le même état mes mains qui sont autrement faciles à contaminer que les fils les plus délicats.

Je crois volontiers, comme vous, que les mains sont difficiles à purifier ; bien avant l'époque à laquelle on a fait des expériences pour démontrer que des mains à peu près propres d'apparence pouvaient contaminer des bouillons de culture, j'avais insisté sur la manière de purifier ses mains et j'avais montré le danger que présentaient les ongles et le pourtour des ongles.

J'avais montré que le fondement d'une bonne méthode de nettoyage, c'était l'imprégnation.

J'avais montré que pour opérer la purification, il fallait d'abord imprégner les mains de savon. J'ai donné le précepte d'employer de petites cuvettes pour avoir une solution de savon très concen-

trée et j'ai montré que les beaux robinets sous lesquels on se lave à l'eau courante sont incapables de nettoyer les mains.

Les mains doivent être lavées ainsi avec beaucoup de soin et beaucoup de savon, plutôt que pendant un temps déterminé, de façon à donner à l'action du savon toute son efficacité. J'y ajoute volontiers de la teinture de panama ou quillaya saponaria, ce qui me fait nettoyer les mains à peu près comme on nettoie la tête dans le shampoing.

Mais ce n'est là qu'une préparation, et l'imprégnation des mains doit être faite par une substance antiseptique qui *imprègne l'épiderme;* et c'est pour cela que l'acide phénique conserve sa valeur et que l'emploi du sublimé, qui ne pénètre pas l'épiderme, a fait si bien reculer la chirurgie, que l'on est exposé à ne pas s'aseptiser convenablement en l'employant.

J'emploie toujours la solution au quarantième, contenant un peu de glycérine, et je ne lave mes mains avec la solution au vingtième que lorsque j'ai touché des substances très septiques.

En plus, je n'emploie aucune des cérémonies complémentaires, alcool, permanganate, hyposulfite, qui paraissent indispensables à la plupart d'entre vous.

Outre que je trouve ces pratiques inutiles, je les considère comme dangereuses. Je redoute beaucoup pour ma part une complication dont personne, sauf M. Terrier, n'a rien dit au cours de cette discussion, et à laquelle j'attache beaucoup d'importance : la moindre solution de continuité de notre peau avec si peu de sécrétion qu'elle puisse donner, est bien autrement importante que les infections accidentelles des mains.

Si je n'ai pas la preuve que des mains bien préparées aient jamais infecté un opéré, en revanche j'ai plusieurs preuves de l'infection par des plaies des doigts.

Il est toujours un peu délicat de fournir ces preuves, quand les observations ne vous sont pas personnelles. Mais j'ai observé les faits et je suis resté si bien convaincu que, avant qu'on employât des gants, depuis des années, toutes les fois que j'ai eu quelque écorchure d'un doigt, j'ai mis des doigts de gant de caoutchouc, non pas pour préserver mes mains, mais pour préserver mon malade.

Je crois qu'avec des précautions suffisantes on peut purifier ses mains suffisamment, mais encore faut-il les maintenir pures. Or la pratique de Lister, que j'ai invariablement suivie, consiste à baigner de temps en temps ses mains dans la solution antiseptique. Si quelque recoin épidermique qui a échappé à la purification se découvre, on est assuré qu'il n'échappe plus, et si quelque cause nouvelle d'infection s'est produite, on est garanti.

Si je soumettais mes mains aux épreuves d'ensemencement, comme elles sortiraient toujours de l'acide phénique elles ne donneraient jamais de résultats positifs, comme elles n'infectent pas les plaies.

Pour les résultats, comme je vous le dirai tout à l'heure je suis absolument sûr que les suppurations banales nous permettent un nettoyage facile. Aussi la division si compliquée des services en suppurants et non suppurants ne me paraît avoir aucun intérêt. Je redoute les anthrax, les érysipèles, les suppurations cavitaires septiques; je les crains plutôt théoriquement si vous voulez, un peu pour moi-même et beaucoup pour le personnel; je crois qu'il y aurait des moyens aisés d'éviter leurs dangers si l'administration n'avait pris depuis longtemps l'habitude de consacrer tout son argent et tous ses efforts à apporter des améliorations luxueuses en certains services privilégiés et à ne rien faire pour les autres.

Du reste, si j'ai le désir d'éloigner ces clients redoutables, ce n'est pas tant parce que je crois à l'impossibilité de se laver les mains que parce que j'ai conscience des difficultés pratiques pour que cela soit bien fait par tout le monde. A cela les gants ne feraient rien du tout.

Pourquoi, me direz-vous, n'ayant pas fait d'expériences sur les animaux, êtes-vous si convaincu que vous purifiez vos mains suffisamment?

Je crois d'abord que ces sortes d'expériences sur les animaux ne prouvent pas grand'chose. Il eût fallu en effet les beaucoup multiplier, et je ne sais pas si elles en seraient même devenues beaucoup plus probantes.

C'est, en effet, que, si l'accident se produit, il n'est pas fatal. Il reste très rare. S'il se produisait toutes les fois, l'observation serait bien simple et l'incurie de celui qui ne s'en apercevrait pas serait excessive. Il s'agit tout simplement de savoir s'il est possible, et il faudrait faire des épreuves par centaines.

Les statistiques elles-mêmes sont très difficiles à interpréter. Quand on nous apporte des statistiques portant sur la mortalité d'un service englobant un grand nombre d'opérations différentes, je professe que cela ne démontre absolument rien en ce qui nous occupe.

Particulièrement en ce qui concerne la mortalité des grandes opérations abdominales, tant de causes différentes peuvent être invoquées qu'on ne saurait trouver la preuve relative à la protection des mains ou relative à la comparaison de l'asepsie et de l'antisepsie.

Il faut une certaine uniformité dans l'opération faite et un

nombre respectable de ces opérations pour juger si quelque cas de mort est imputable à une cause de ce genre.

Je veux essayer de tirer quelques renseignements précis de l'étude rétrospective de ma pratique.

En ce qui concerne la mortalité par agent septique, je puis vous citer deux faits.

Je n'ai jamais changé de méthode. Je n'ai jamais eu d'assistant. J'ai donc dans mes services différents pratiqué toutes les opérations septiques. Non seulement je purifie ma peau toujours de la même façon, mais je purifie de même celle de mes sujets, que je ne baigne jamais pour l'opération.

Or, je puis vous citer mes cures radicales.

Je suis actuellement bien près de mille de ces opérations dont beaucoup sont de grandes laparotomies et toutes pénètrent l'abdomen. Or, je n'ai jamais observé sur elles un cas d'accident septique dû aux mains où à autre chose.

Les cas de mort que j'ai enregistrés se rapportent tous, soit à la congestion pulmonaire soit à des hémorragies, à un cas d'étranglement interne et enfin à un cas de tétanos observé dans la cure d'une énorme éventration.

Ici nous pourrions accuser mes mains et je n'y contredis pas. Je les ai accusées moi-même pendant longtemps. Des doutes me sont venus depuis, parce que j'ai appris sur l'événement des choses que je ne connaissais pas. Mais, si vous voulez, je l'admets pour prouvé.

Ainsi je crois, comme M. Bazy, qu'il y a avantage à conserver cette notion que rien ne peut nous mettre à l'abri du tétanos que l'injection préventive, et, en cas de doute, j'y aurai toujours recours; c'est ce que j'ai fait à cette occasion. Mais je ferai remarquer précisément que si je dois accuser les mains pour les deux cas de tétanos transmis opératoirement, il est bien remarquable que ces deux cas abdominaux n'aient été accompagnés d'aucun fait de septicémie locale, alors que mes mains avaient été plongées dans des matières utérines extrêmement putrides et, que j'aurais dû attribuer à cette immersion l'origine des accidents.

Il y a un autre champ d'interventions qui est bien plus intéressant encore au point de vue des phénomènes septiques : c'est, et ce sera notre argument principal, celui des opérations articulaires. Voilà la véritable pierre de touche des contacts septiques, et, d'une manière générale, des microbes de toute espèce. Le péritoine est beaucoup plus tolérant, et pourvu qu'on ne lui apporte pas des matières très septiques, il les dévore. Pour les articulations, elles sont sensibles à tous microbes.

Si vous apportiez quelque longue liste d'opérations articulaires

purement aseptiques, suivies d'un irréprochable succès, je croirais volontiers que vous avez fait sur nous un progrès sérieux et je serais tout préparé à vous suivre en reniant mon passé. Mais je ne connais aucun chirurgien qui l'ait produite.

Abordez cette chirurgie avec des gants et l'asepsie! Réduirez-vous la mortalité? cela vous sera difficile. J'ai fait 107 résections du genou sans aucune mortalité opératoire. Je crois volontiers qu'il y a peu de chirurgiens ayant une pareille série.

Dans les suites, rares cas de reproduction de tuberculose locale et pulmonaire. Mais aucun cas de suppuration septique primitive, sauf peut-être dans un cas qui date de dix-huit ans et se termina bien par une amputation et que j'attribue aujourd'hui plutôt à l'insuffisance de l'expérience.

Toujours en considérant la chirurgie articulaire, j'ai pointé avec soin toutes les opérations articulaires que j'ai faites, et elles sont nombreuses. Je n'ai aucun cas de septicémie articulaire primitive, comme le serait celle que mes mains auraient inoculée. Si cette inoculation par les mains était possible ou habituelle, il est certain que j'en aurais observé.

Les gants nous donneront-ils quelque chose en plus? cela me semble bien difficile à affirmer.

Je sais que l'on cite un chirurgien allemand qui avait passé de 16 p. 100 de suppurations primitives à 5 p. 100. Ici, je vous avoue que je ne comprends plus. Je me demande comment la chirurgie peut se présenter ainsi. Je vous affirme que si j'avais 5 p. 100 de ces suppurations, je considérerais ma statistique comme très mauvaise et que je conçois qu'un chirurgien qui a 16 p. 100 de ces suppurations essaye de mettre des gants pour les faire passer.

Des suppurations primitives, je puis bien dire que je n'en vois pas. Les suppurations rares que je vois sont des suppurations secondaires dues à des pansements défectueux.

Le seul accident septique articulaire que j'aie observé avait cette origine. Encore a-t-il été terminé par une bonne guérison.

Pour ces suppurations secondaires, les chirurgiens qui font de l'asepsie et qui mettent des gants en ont-ils moins que moi ou plus que moi?

Cela est peut-être difficile à dire. Toutefois, je puis affirmer qu'ils n'en n'ont pas moins, et même que bon nombre d'entre eux en ont beaucoup plus. Au moins, tous les renseignements que j'ai pu faire prendre à ce sujet concordent pour me le faire admettre. Je sais bien que ce n'est pas une preuve, mais je n'en suis pas surpris. Il suffit d'un pansement antiseptique mal fait pour donner de la suppuration; par conséquent, il me paraît bien logique que le pansement qui n'est pas antiseptique du tout soit

particulièrement apte à donner cette suppuration secondaire rare, peu étendue, mais certaine, ces petites désunions de plaies, les retards dans les réparations définitives.

J'en ai, du reste, un excellent témoignage dans l'élimination des fils perdus. C'est une chose que je ne vois jamais. Je vois la plupart des chirurgiens s'évertuer à chercher un fil sans défaut. Je puis affirmer, et aucun de mes élèves de toute époque ne me démentira, que je n'ai jamais un fil d'éliminé, que mes catguts, préparés par une méthode infiniment simple et toujours la même, se résorbent toujours sur place et que je ne souhaite, par conséquent, ni un nouveau fil, ni un nouveau procédé de stérilisation.

Cependant je vois que la plupart des chirurgiens se plaignent d'avoir des éliminations de fils et ont recours à des moyens ordinairement très complexes pour obtenir une stérilisation plus parfaite. J'ai même eu l'occasion à plusieurs reprises d'examiner de ces malades qui éliminaient ces fils.

Si je cherchais un perfectionnement de la méthode chirurgicale que je suis, je le chercherais volontiers dans le pansement secondaire de mes malades; c'est là où je vois la plus grande difficulté hospitalière, et la disparition du spray a contribué à augmenter cette difficulté.

Si donc on voulait améliorer nos services, ce n'est pas en proscrivant beaucoup de sujets dits suppurants qui sont parfaitement inoffensifs pour une chirurgie antiseptique régulière, mais en nous débarrassant de certains sujets infects, et ce serait chose aisée, chose élémentaire à faire *sans frais*. Quelques lits d'isolement pour les anthrax, les suppurations fétides et les grands ulcères suffiraient à nettoyer nos salles, et nous nous accommoderions très bien des suppurants proprement dits.

Je suis d'un temps dans lequel on nous reprochait de rendre la chirurgie impossible par nos manières compliquées, et il ne me déplaît pas de voir enchérir aujourd'hui sur ces complications. Mais je crois que certaines de ces complications sont relativement faciles à juger.

Les gants, quand ils sont de fil, me paraissent dépasser les bornes permises de la simplicité, et je n'y insiste pas.

Pour les gants de caoutchouc, j'accorderais volontiers à titre de transaction que, pour faire de la chirurgie très malpropre, il y ait des avantages à les employer.

Mais je ne crois pas que l'impossibilité de se laver les mains justifie la généralisation et l'incommodité de leur emploi.

Le masque, je n'en voudrais rien dire, et tous les adjuvants du même ordre peuvent être laissés sans inconvénient.

Mais tout cela, je ne le dis que pour ceux qui, comme moi, sont

fidèles à une pratique antiseptique constante. J'estime que si nous avons appris à nous servir mieux de l'autoclave, et si la stérilisation de certains objets peut nous être de grand secours, la pratique générale de l'asepsie n'existe pas en chirurgie hospitalière. Elle reste dangereuse, et c'est elle qui justifie tous les excès que nous voyons se dérouler sous prétexte de progrès. Je suis tout particulièrement heureux de voir que les quelques expériences précises qui ont été faites par M. Delbet justifient pleinement ma manière de voir.

Je pense que les excès et les défauts de la pratique actuelle ont été engendrés d'abord par l'abus des sels mercuriaux antiseptiques, puissants mais infidèles, puis par une évolution naturelle, par l'abus de ce que l'on a appelé l'asepsie.

Par un cycle bien naturel, on fera retour à une chirurgie infiniment plus simple mais infiniment plus sûre.

L'antisepsie était susceptible de perfectionnements sérieux qui la devaient compléter. De ces perfectionnements un certain nombre sont bien acquis.

Quand elle est bien connue, elle ne mérite aucun des reproches qu'on lui a adressés. Mais seule elle permet d'accomplir d'une façon régulière et sûre toutes les fonctions de la chirurgie hospitalière avec les frais modestes et les résultats constants que nécessite la grande œuvre si compliquée de la chirurgie dans nos milieux qui se prêteraient trop aisément à des complications multiples.

Communication.

M. Carlier, fait une communication :

1° A propos d'un *volumineux prolapsus total du rectum, opéré par le procédé de Mikulicz;* présentation d'une pièce à l'appui; — M. Gérard Marchant, rapporteur;

2° Présentation de deux *volumineux calculs de la prostate.*

Présentation de malades.

Greffe italienne.

M. Reclus. — J'ai eu, dans les trois derniers mois, l'occasion de pratiquer quatre greffes italiennes pour reconstituer la paume de la main. La destruction du tégument avait été produite une fois par une morsure de cheval et trois fois par des brûlures. C'est un de ces cas que je vais vous montrer et qui me paraît intéressant à plusieurs titres.

Il s'agit d'un tout jeune garçonnet qui s'est brûlé la main il y a quatre ans. Lorsqu'on l'a amené, les doigts étaient recroquevillés et la paume de la main tellement rétractée que le bord externe touchait le bord interne. Les fonctions étaient complètement abolies, et j'ai pensé qu'une opération pourrait amener au moins une amélioration. Mais ici il fallait libérer de son tissu cicatriciel, non seulement la paume de la main, mais la première et même la deuxième phalange de la plupart des doigts.

Cette libération s'est faite avec quelques difficultés, car la brûlure avait été très profonde, et je suis arrivé sous l'arcade artérielle superficielle très diminuée de volume. J'ai pris un large lambeau sur la peau du ventre et vous voyez le résultat actuel. Il me semble difficile d'en obtenir un meilleur.

M. Quénu. — J'ai fait cinq ou six opérations de ce genre chez des enfants, pour des cicatrices vicieuses de la main et des doigts consécutives à des brûlures; très souvent, j'ai observé que le coussinet graisseux, disgracieux au premier abord, diminuait spontanément.

M. Reclus. — Je crois cependant que M. Berger enlève la graisse.

M. Nélaton. — A l'appui de ce que vient de dire M. Reclus, je rappellerai que j'ai fait à plusieurs reprises cette opération pour des cicatrices vicieuses des doigts et que presque toujours j'ai dû faire le dégraissage secondaire du lambeau. Le résultat a été très bon.

M. Reclus. — Sur un de mes opérés, j'ai, à l'heure actuelle, une épaisseur considérable de tissu graisseux et je me demande s'il ne faudra pas recourir à une opération secondaire.

Résection du ganglion de Gasser.

M. Gérard Marchant. — Je vous présente un malade que je vous ai déjà présenté et auquel j'ai pratiqué, il y a deux ans, la résection du ganglion de Gasser. Il est resté guéri et la déformation est peu importante.

Extirpation d'une tumeur de l'orbite par résection temporaire de la paroi externe de l'orbite.

M. Quénu. — Je présente cette malade, opérée par moi il y a un an pour une tumeur de l'orbite, en raison de la voie que j'ai suivie. J'ai exécuté, en somme, sans le connaître, le procédé de Kronlein; j'ai tracé une incision parallèle au bord antéro-inférieur de la fosse temporale; verticale d'abord, à un centimètre en arrière du rebord orbitaire externe, l'incision se recourbe et devient horizontale parallèlement au bord supérieur de l'arcade zygomatique. La peau ayant été disséquée et écartée, un trait de scie amorce la section de la portion malaire de l'orbite; le ciseau à froid prolonge la libération jusqu'à la fente sphéno-maxillaire; le lambeau ostéo-périostique adhérant aux parties molles est luxé et permet de découvrir la tumeur sous forme d'une plaque peu épaisse. Le lambeau osseux est ensuite réappliqué et la peau suturée par-dessus. La guérison a été rapide. L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'une production, je n'ose pas dire d'une tumeur à myéloplaxes.

L'affection mal déterminée de l'orbite qui avait occasionné l'exophtalmie datait de cinq ans et avait débuté par des douleurs frontales et orbitaires très vives. Au bout de trois ans l'exophtalmie apparut, et M. Panas, qui vit la malade, pratiqua une trépanation du sinus maxillaire; aucun bon résultat ne s'ensuivit; l'œil continua à saillir de plus en plus et l'acuité visuelle baissa de plus en plus. Depuis l'opération faite par moi, le 30 juin 1899, les douleurs ont disparu; mais l'exophtalmie, qui avait notablement diminué, a reparu; on ne sent plus de tumeur en dehors de l'œil; il semble qu'il s'agisse plutôt d'une sorte d'infiltration œdémateuse du tissu rétro-oculaire.

Gastrostomie.

M. Monod. — Je présente un malade opéré, le 20 juin dernier, de gastrostomie par le procédé ordinaire : simple fixation de

l'estomac à la paroi et ouverture de la cavité au tenaculum, sans suture de la muqueuse à la peau. J'insiste sur la petitesse de l'orifice obtenu, orifice qui, grâce à cette circonstance, est absolument continent.

Il n'admet qu'une sonde n° 11 de la filière Charrière.

Je ne crois pas que l'on puisse obtenir un orifice aussi petit par les autres procédés recommandés.

L'inconvénient de cette façon de faire est que le trajet fistuleux a une certaine tendance à se rétrécir. Mais comme je l'ai montré en présentant dernièrement un malade opéré il y a neuf ans, on arrive facilement à lutter contre ce rétrécissement.

Enchondrome kystique de l'omoplate (dégénérescence muqueuse). Résection sous-spinale avec conservation de l'articulation scapulo-humérale. Guérison.

M. Ed. Schwartz. — Le malade que nous vous présentons est un homme de trente-trois ans, B. L..., peintre, qui est entré à l'hôpital Cochin, le 23 mai 1900, pour une grosse tumeur du dos et de l'aisselle qui empêche depuis quelque temps tout travail.

Rien de notable dans les antécédents héréditaires.

Comme antécédents acquis : fièvres paludéennes à Madagascar, en 1886 ; depuis, plusieurs reprises de fièvre. En janvier 1900, piqûre de l'auriculaire gauche qui donne lieu à une lymphangite du bras et de l'avant-bras avec adénite axillaire ; un peu d'éthylisme.

Le malade fait remonter la cause de la maladie à une chute sur l'épaule gauche qu'il a faite le 25 décembre 1899.

Au commencement de février, apparaît une petite tumeur en arrière et au-dessous de l'épine de l'omoplate. Cette tumeur grossit rapidement sans occasionner de douleur, mais de la gêne des mouvements, en même temps qu'un certain affaiblissement de leur force. Elle a pris dans ces dernières semaines un accroissement considérable. Actuellement, on constate l'existence d'une masse très arrondie et régulière occupant l'aisselle en arrière, puis toute la fosse sous-épineuse de l'omoplate. La peau est normale et glisse sur la tumeur qui fait manifestement corps avec l'os. Elle l'a envahi dans toute son extrémité sous-spinale en envoyant un prolongement dans l'aisselle en avant et en haut.

A la palpation la tumeur est régulière, dure, résistante, mais sans fluctuation sensible; en haut et en dehors on a la sensation d'une crépitation parcheminée.

La tumeur se meut sur l'omoplate et il est impossible de la mobiliser sur l'os.

Les mouvements spontanés ne provoquent aucune douleur, mais sont limités.

La projection du bras en avant est douloureuse; aussi le malade conserve-t-il en général l'avant-bras fléchi sur le bras.

L'articulation scapulo-humérale est indemne de toute lésion apparente; ses mouvements sont indolores mais limités, surtout l'élévation du bras.

L'état général est excellent.

Nous portons le diagnostic d'ostéosarcome de l'omoplate, sans diagnostic histologique très précis, et décidons d'enlever la tumeur en conservant la partie supérieure de l'omoplate et en tout cas, l'articulation scapulo-humérale.

Opération le 31 mai 1900. Chloroformisation. Incision courbe encadrant la tumeur par en bas, dessinant un vaste lambeau qu'on relève. On s'aperçoit que les muscles de l'omoplate (sous-épineux, petit rond, grand rond) sont fusionnés en partie avec la tumeur. Elle envoie un prolongement conique dans le sous-épineux et le petit rond qui sont étalés à sa surface. Le bord spinal bien mis à nu, après section des insertions musculaires, on sectionne l'omoplate de dedans en dehors et de bas en haut en rasant l'épine de l'omoplate et passant au-dessous de la cavité glénoïde.

Le sous-scapulaire est rétracté en avant, le grand rond en arrière : on poursuit sous l'aisselle le prolongement conique qui va vers la tête humérale; on l'enlève; pinces à demeure sur la circonflexe postérieure; la tumeur enlevée, le grand rond est suturé par son corps au grand dorsal. Réunion, excepté en avant, là où sont les pinces. Drainage.

Les suites ont été très bonnes.

Il s'est fait un peu de sphacèle de la peau au niveau de l'aisselle; la réunion s'est faite partout, excepté en un point où elle a eu lieu secondairement.

L'opéré est sorti guéri le 8 juillet.

Vous pouvez voir que les mouvements du membre supérieur sont presque tous conservés; le seul mouvement difficile est l'abduction et l'élévation du bras; les mouvements en avant et en arrière, les mouvements de rotation sont conservés et ils s'améliorent journellement par le massage.

L'examen macroscopique de la pièce nous a montré une tumeur kystique contenant un liquide muqueux très épais comme la gélatine de certains kystes ovariques, gris blanchâtre transparent sous une petite épaisseur. Les parois du kyste sont formées par du tissu

osseux par place, mais surtout par du cartilage qui constitue la paroi du kyste, anfractueuse sur presque tous les points.

Les muscles sont aplatis et dégénérés; une grosse masse néoplasique solide envahit les insertions du sous-épineux et du petit rond. Il s'agit, comme l'a démontré l'examen de M. le professeur Cornil, d'un chondrome kystique avec dégénérescence muqueuse du cartilage. C'est cette dégénérescence qui par ramollissement a produit le kyste gélatineux. Les cellules cartilagineuses sont ramifiées en de nombreux points. Les lamelles osseuses ont été détruites en de nombreux points; il en reste encore en avant et en haut en assez grande abondance.

Présentation de pièces.

Diverticules de l'appendice et kystes para-appendiculaires.

M. Walther. — Il m'est arrivé quelquefois de rencontrer, au cours de la résection à froid de l'appendice, une lésion particulièrement intéressante, non seulement à cause de sa rareté, mais surtout à cause de l'influence qu'elle peut avoir sur l'infection post-opératoire du moignon du méso-appendice.

Elle consiste en une sorte de petit diverticule appendu à la paroi de l'appendice et dont la cavité communique avec celle de l'appendice. Ce diverticule peut s'enfoncer dans le méso-appendice assez loin pour être enserré dans un fil de la ligature de ce méso, et le pédicule est par suite sectionné au ras de l'appendice quand on détache ce dernier. Il reste donc en pareil cas, dans le moignon du méso-appendice une petite cavité infectée au même titre que l'appendice lui-même.

Je n'ai rencontré ces diverticules que dans les cas où l'appendice était depuis longtemps malade, gros, irrégulier, et la prise du diverticule dans la ligature est alors d'autant plus facile qu'en pareil cas le méso est très souvent court, rétracté, épaissi, difficile à saisir et que la section doit raser de très près l'appendice.

Je vous apporte aujourd'hui une pièce qui met bien en lumière la disposition sur laquelle je me permets d'attirer votre attention.

C'est un appendice que j'ai enlevé il y a deux jours chez une jeune fille de vingt et un ans. Elle avait eu une première crise d'appendicite à l'âge de douze ans, une seconde à seize ans, une troisième à dix-huit ans, une dernière enfin il y a deux mois.

J'ai trouvé, outre des adhérences épiploïques serrées qui appliquaient le côlon transverse contre le cæcum, un appendice rétro-cæcal très gros, à parois épaisses, complètement fusionné avec le cæcum et le côlon ascendant.

J'ai dû, pour le réséquer, commencer par en faire la section à la base, puis je l'ai décortiqué en incisant le péritoine à sa surface et en décollant péniblement avec le doigt.

Comme vous pouvez le voir, cet appendice est gros, renflé, surtout à son extrémité ; sa surface est hérissée de petites tumeurs de la grosseur d'un pois. De ces tumeurs, les unes sont mobiles et semblent être de petits kystes para-appendiculaires ; les autres, au contraire, sont solidement plaquées sur la paroi de l'appendice et semblent formées au premier abord par une véritable hernie de la paroi elle-même.

Je ferai faire un examen histologique de ces cavités kystiques et de ces diverticules et je vous l'apporterai. J'ai tenu aujourd'hui à vous montrer la pièce dans son intégrité, parce qu'elle met bien en relief la disposition que je vous signalais et dont il est utile d'être prévenu au cours de la résection d'un appendice volumineux et à méso rétracté.

M. Lucas-Championnière. — J'ai observé un accident opératoire dont la disposition observée par M. Walther donne peut-être l'explication, dans une opération à froid, l'appendice adhérant très bas, avait dû être extrait avec une certaine violence· Tout alla bien d'abord, mais au bout de quelques jours, quelques légers accidents de péritonite circonscrite m'obligèrent à rouvrir la plaie. Je donnai issue à une certaine quantité de sang altéré. Je me demande si je n'avais pas laissé quelque petit cul-de-sac analogue à ceux du méso-appendice que présente M. Walther.

Présentation d'un épiploon enflammé.

M. Bazy. — L'épiploon que je présente n'offre d'autre intérêt que d'avoir été enlevé dans une opération pour une typhlo-appendicite chronique.

Comme vous le savez, je tiens, au nom de la pathologie générale, de l'anatomie pathologique et de la médecine opératoire, à ne pas déposséder le cæcum de la part qu'il prend à l'élaboration des accidents qu'on englobe sous le nom d'accidents d'appendicite.

Or voici ce que j'ai vu :

En ouvrant le ventre, l'épiploon, s'est d'abord présenté ; épaissi et induré, sur une hauteur de 10 à 12 centimètres environ et 5 à 6 de large, il était libre par en bas ; en haut, il était adhérent à la partie supérieure du cæcum. Où était l'appendice? Il plongeait dans le petit bassin, où il était adhérent, et n'adhérait nullement à l'épiploon.

L'appendice était malade de son côté, le cæcum à sa partie supérieure était malade de l'autre. Rien d'appréciable entre les deux points lésés.

M. Walther. — Le fait d'adhérences de l'épiploon au cæcum et au côlon ascendant ne me paraît pas impliquer nécessairement l'hypothèse de l'existence d'une typhlite vraie. Au début d'une péritonite péri-appendiculaire, on voit la rougeur s'étendre au cæcum, au côlon, à l'épiploon, aux anses voisines de l'intestin grêle ; il en résulte souvent des adhérences de l'épiploon non pas à l'appendice lui-même, mais d'ordinaire au côlon ascendant, au cæcum, à la paroi abdominale antérieure. J'ai rapporté un certain nombre de faits répondant aux différentes phases de cette évolution ; mais ce qu'il y a de plus intéressant, c'est justement que cet épiploon, qui a été contaminé et qui est fixé plus ou moins loin de l'appendice, est le siège d'une inflammation chronique offrant parfois des poussées aiguës qui peuvent absolument simuler une attaque d'appendicite.

Je crois donc que dans l'observation que nous présente M. Bazy, il n'est pas possible, par le seul fait d'adhérences de l'épiploon enflammé au cæcum d'affirmer l'existence d'une véritable typhlite primitive.

M. Bazy, — M. Walther émet une hypothèse, j'en émets une autre, basée toutefois sur des faits.

Présentation de trois reins enlevés par néphrectomie lombaire.

M. Bazy. — Si je disais que le moyen sûr, je ne dis pas le seul moyen, de faire un diagnostic de fracture est l'emploi de la radioscopie ou de la radiographie, que le moyen sûr de faire un diagnostic d'une affection utérine est l'hystérométrie, vous m'objecteriez, je pense, qu'il y en a bien d'autres aussi sûrs et moins pénibles pour le malade.

Il en est de même pour le cathétérisme de l'uretère.

Les trois reins que je présente ont été extraits à des malades chez lesquels j'ai pu vérifier l'intégrité du rein sain, soit cliniquement, soit par l'épreuve du bleu de méthylène, moyens simples et non dangereux et qu'il *convient d'employer avant toute autre manœuvre ou opération* pénible ou dangereuse et *dont ils peuvent dispenser* dans la presque totalité sinon la totalité des cas. Permettez-moi de m'étonner qu'*il n'en soit même pas fait mention* dans les observations où il est question du cathétérisme urétéral qui eût pu être ainsi évité.

Le premier a été enlevé à une dame de trente-cinq ans, envoyée par le Dr Cazals (d'Aurillac), ancien interne des hôpitaux, avec le diagnostic de pyélo-néphrite calculeuse gauche.

Le rein droit était gros. Notre diagnostic a été, a propos de ce dernier, hypertrophie compensatrice.

Ces deux diagnostics ont été vérifiés après l'opération.

Le rein opéré était un rein atteint de pyonéphrose calculeuse. Après l'opération, l'urine a cessé d'être trouble, ce qui confirmait le diagnostic d'hypertrophie compensatrice pour le rein droit.

L'état général de la malade, qui était très précaire avant l'opération, est excellent actuellement trois mois après celle-ci.

L'autre rein a été enlevé le 19 juin dernier. L'uretère était très gros et dur. La plaie opératoire est presque fermée; le drain est enlevé.

Le troisième a été enlevé à un jeune homme à qui j'avais fait la néphrotomie : il est tuberculeux; il est atteint de pyléonéphrite tuberculeuse. J'ai enlevé en même temps près de 15 centimètres d'uretère.

Actuellement le malade va très bien, et son état était très grave au moment de l'opération.

Dans ces deux cas, l'épreuve du bleu a été faite et a été positive. Dans le dernier cas, le cathétérisme urétéral, la cystoscopie même, n'auraient pas été possibles; peut-être en eût-il été de même chez la première malade, qui urinait toutes les demi-heures, tous les quarts d'heure.

En terminant, permettez-moi deux réflexions :

Pour la première, ce sera de me féliciter d'avoir, en combattant le cathétérisme urétéral, rétabli l'accord entre deux adversaires scientifiques aussi irréductibles que l'étaient M. Poirier et M. Albarran, et d'avoir favorisé, au profit de M. Poirier, la solution de la question de priorité du cathétérisme urétéral réclamée par l'un et par l'autre. L'aveu et la rectification d'une erreur, même tardifs, sont toujours bons à enregistrer.

Une deuxième réflexion est de prier mes collègues qui ont utilisé le cathétérisme de l'uretère, au point de vue du diagnostic, de publier ces observations pour notre instruction.

Perforation de l'iléon et de l'appendice par une arête de poisson et un os d'oiseau.

M. Guinard. — Il y a huit jours, le 2 juillet, j'ai fait une laparotomie à une malade âgée de 50 ans, qui depuis 15 jours se plaignait de souffrir dans la fosse iliaque droite. Je l'ai vue pour la première fois le 1er juillet à six heures du soir, et je l'ai opérée dès le lendemain matin. A aucun moment elle n'avait présenté de l'élévation de température. Le thermomètre n'était jamais monté qu'à 37°8, et encore, une seule fois, la veille de mon examen. La malade n'avait aucun antécédent intestinal, et c'est peu à peu qu'elle avait ressenti des douleurs dans le côté droit du ventre.

Jamais, ni vomissements, ni ballonnement, ni fièvre. Selles normales. A la palpation, le point de Mac Burney était très douloureux et on sentait un gâteau volumineux tout autour. Pensant à une appendicite subaiguë avec abcès, je fis l'incision le long du muscle droit, et, après avoir traversé une épaisse paroi grasse et œdématiée dans la profondeur, j'évacuai environ un demi-verre à bordeaux de pus fétide. L'appendice, englobé dans la paroi de l'abcès, était perforé, et dans le pus nageait ce petit os que je vous présente. Il est très petit et semble appartenir à une mauviette ou tout au plus à un pigeon. Il est très tranchant à une de ses extrémités. Sa longueur n'est pas d'un centimètre. J'ai laissé l'appendice en place. Depuis l'opération, la température est restée au-dessous de 37 degrés.

Je rapproche cette observation d'une observation que j'ai recueillie l'an dernier, dans mon service, à Ivry, le 12 avril 1899.

Un enfant de cinq ans, au n° 9 de la salle Broca, m'est présenté par mon ami, le docteur Coustols, d'Ivry.

Depuis trois ans, ce petit malade souffre d'accidents abdominaux qu'on a attribués, jusqu'ici, à de l'entérite donnant lieu à des crises de diarrhée avec violentes coliques. Ces crises se répétaient souvent et avaient amené l'enfant à un état de maigreur et de cachexie des plus alarmants.

Brusquement, il y a huit jours, il a été pris d'une crise plus

aiguë que les autres; et cette fois, il n'y a pas de diarrhée. Bien au contraire, il n'y a plus ni selle, ni émission de gaz par l'anus depuis deux jours. La température est à 39 degrés et le facies est abdominal. Depuis vingt-quatre heures, il y a de la rétention d'urine. Un gâteau douloureux occupe la région appendiculaire.

Il est vraiment impossible de ne pas diagnostiquer ici une appendicite.

L'incision de Max Schüller me mène dans la cavité péritonéale, et là je trouve le cæcum et l'appendice absolument normaux et sains. Je tombe alors sur une anse de l'iléon qui est rouge, cartonnée et adhérente à la paroi du bassin au niveau du détroit supérieur. En essayant de libérer cette anse intestinale, je m'aperçois qu'elle est bridée en avant par l'épiploon qui adhère solidement au détroit supérieur en passant devant l'anse malade. Je sectionne cette bride épiploïque entre deux catguts et je me mets en devoir de décoller avec précaution les adhérences intestinales. J'arrive ainsi dans un foyer grisâtre qui ne contient pas de pus à proprement parler, mais plutôt des sortes d'exsudats péritonitiques. Au milieu de ces débris demi-solides, je trouve des débris de squelette de poisson que je vous présente. Cette arête de poisson a 3 centimètres de long; elle est translucide, très peu piquante par sa pointe et arrondie en tête d'épingle de l'autre côté. Avec le segment cartilagineux que voici, on se rend compte qu'il s'agit d'un morceau de la colonne dorsale d'une sole avec une arête transversale tout entière. Pendant plus de quinze jours, l'enfant a gardé une fistule stercorale qui montre bien que l'intestin grêle était perforé, et cette fistule a guéri spontanément très vite, au point que l'opéré a quitté l'hôpital le 9 mai, moins d'un mois après son opération.

Ces deux observations m'ont paru intéressantes parce qu'elles montrent bien la différence qu'il y a entre une *perforation* de l'appendice ou de l'iléon par un corps étranger vrai et l'appendicite infectieuse avec folliculite infectieuse et sphacèle. Il y a là des faits bien nettement séparés au point de vue pathogénique; et s'il est en pareille occurrence à peu près impossible de ne pas faire le diagnostic d'appendicite, on peut se consoler en pensant que le traitement est identique dans les deux cas.

Je tenais à souligner seulement la distinction à faire entre *l'appendicite perforante* par folliculite infectieuse et *la perforation de l'appendice* par un corps étranger piquant ou tranchant.

M. Rochard. — Je puis citer un cas analogue. Opérant une appendicite, je trouvai une perforation produite par une arête de poisson.

M. Jalaguier. — Il y a sept ou huit ans, croyant opérer un abcès d'origine appendiculaire chez une petite fille, j'ai trouvé dans une cavité purulente précæcale une épingle à cheveux qui, renseignements pris, avait été avalée plusieurs mois auparavant.

Le Secrétaire annuel,

Ad. Jalaguier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 18 JUILLET 1900

Présidence de M. RICHELOT.



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Un travail de M. le Dr POTARCA, de Crasova (Roumanie), intitulé : *Double fistule recto-coccygienne et recto-vaginale guérie radicalement par le procédé Segond-Whitehead.* — Ce travail est renvoyé à une Commission : M. GÉRARD MARCHANT, rapporteur.

Communications.

Note sur la valeur du cathétérisme urétéral,

par M. POUSSON (de Bordeaux).

La communication que j'ai faite, il y a quelques mois, à la Société « sur douze interventions pour tuberculose rénale », a été le point de départ d'une discussion que je ne veux point prolonger. Mais le débat ayant surtout porté sur la nécessité, à laquelle aucun opérateur ne saurait actuellement se soustraire, de s'assurer, avant de pratiquer la néphrectomie, de la valeur fonctionnelle et de l'état anatomique du rein opposé, je crois devoir déclarer que chez aucun de mes malades je n'ai pratiqué le cathétérisme de l'uretère et que les autres moyens de reconnaître l'intégrité relative du congénère, je dis intégrité relative à dessein, m'ont suffi. En effet, je n'ai perdu aucun opéré d'anurie ou d'accidents tenant à l'insuffisance de la dépuration rénale. J'ai fait, depuis lors, deux exérèses de ce viscère pour pyélonéphrite tuberculeuse sans cathétérisme préalable de l'uretère et mes deux malades ont survécu.

Loin de moi la pensée de m'appuyer sur ce petit nombre de faits personnels pour déclarer que l'exploration de l'état du rein, destiné à assurer seul, par la suite, la sécrétion urinaire, à l'aide du cathétérisme de son uretère est inutile et la rejeter; je crois, bien au contraire, que ce cathétérisme, *relativement facile et sans*

danger entre des mains exercées, doit être pratiqué toutes les fois qu'il est possible et que, sans nier la valeur de l'épreuve du bleu de méthylène, de la cryoscopie et autres expédients, c'est de beaucoup le moyen le plus fidèle que nous ayons à notre disposition pour nous rendre compte de la valeur physiologique et surtout de l'état anatomique du rein supposé sain.

A mon avis, c'est ce dernier état qu'il convient de bien déterminer avant de se décider à pratiquer l'extirpation d'un rein malade.

La façon dont l'autre rein excrète l'urée, les chlorures, les phosphates et les divers produits excrémentitiels ne peut servir à la détermination des indications ou contre-indications opératoires qu'autant que l'analyse a porté sur l'ensemble de la sécrétion des vingt-quatre heures et même de plusieurs jours, car on sait combien variable est la composition chimique des urines aux divers moments de la journée et d'un jour à l'autre, et combien multiples sont les facteurs qui la régissent.

Leur teneur en principes anormaux, particulièrement en albumine, ne saurait pas davantage fournir de base solide au jugement de l'opérateur, car l'albuminurie peut tout aussi bien dépendre d'une perturbation fonctionnelle dans la circulation et l'innervation du rein que d'une altération dans la structure de son parenchyme. Selon moi, ces troubles de sécrétion n'impliquent pas de contre-indication à la néphrectomie.

La constatation dans les urines du rein supposé sain d'éléments anatomiques tels que épithéliums altérés, cylindres, microbes, etc., voilà le seul critérium qui doit faire conclure au rejet définitif ou temporaire de l'exérèse rénale. Je dis au rejet temporaire, parce qu'on sait bien aujourd'hui que, sous l'influence d'une opération palliative comme une néphrotomie pratiquée sur un rein pathologique, plus particulièremeut sur un rein pyonéphrotique en rétention complète ou partielle, on voit souvent les lésions initiales du rein adelphe rétrocéder dès qu'il cesse d'être influencé, dans sa nutrition, par le réflexe réno-rénal et qu'il n'a plus à éliminer les produits toxi-infectieux élaborés dans le rein primitivement malade.

En 1888, dans une étude sur la Physiologie chirurgicale du rein, le professeur Guyon (1) signale, avec faits à l'appui, cette amélioration du rein opposé à la suite de l'ouverture du rein malade et explique ainsi « le contraste des résultats obtenus par la néphrectomie secondaire, c'est-à-dire la néphrectomie faite après une néphrotomie préalable et ceux de la néphrectomie primitive..... Pourquoi l'abaissement de la mortalité serait-il si constant dans

(1) *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, vol. 1888, p. 720.

les premières, s'il n'était dû à la suppression préalable de l'influence réflexe exercée par le rein malade ?

Quelques années après, notre regretté ami Vigneron (1) écrit dans sa thèse devenue classique : « Le rein malade agit aussi sur la fonction de son congénère et dans plusieurs de nos observations, on pourra voir l'influence favorable de l'*ouverture* ou de l'*ablation* d'un rein tuberculeux sur les douleurs et la fonction du second rein. »

Depuis lors, Répin (2) a publié un cas de Horteloup dans lequel les deux reins volumineux et douloureux, paraissant malades, mais inégalement, et la quantité d'urine étant tombée à 750 grammes, le rein gauche soupçonné le plus atteint fut enlevé, dès lors la quantité d'urine se releva rapidement et l'état général s'améliora considérablement.

Golberg (3) a également rapporté un cas de néphrectomie droite pour tuberculose bilatérale chez une femme qui, revue au bout de deux ans, présentait évidemment un processus morbide du côté du rein laissé en place, processus compatible avec l'existence. En cherchant dans la littérature médicale, on trouverait sans peine nombre de cas analogues. Depuis que mon attention est attirée sur ce point, j'ai maintes fois constaté que chez des malades atteints de diverses lésions rénales et présentant avec de l'oligurie une diminution du taux de l'urée, des chlorures et des phosphates, la quantité des urines se relevait ainsi que la proportion des divers produits excrémentitiels après la néphrectomie ou la néphrotomie.

D'après ce que je viens de dire, le cathétérisme de l'uretère, qu'il est souhaitable de voir passer dans la pratique, ne doit pas être employé, à l'avenir, dans le seul but de mettre à l'abri des catastrophes rapides et naguère imprévues, résultant de l'ablation d'un rein alors que l'autre présente un état anatomique impropre à la dépuration du sang, les autres moyens d'exploration y suffisent dans la majorité des cas, mais il doit surtout viser à sauvegarder l'intégrité du rein opposé et partant à prolonger l'existence en avertissant du moment où s'impose la suppression radicale du congénère menaçant. Ainsi s'étendront, tout en ayant un caractère de gravité décroissante, les indications dans la tuberculose du rein et dans les autres infections.

La chirurgie du rein, qui a déjà à son actif de si beaux succès thérapeutiques, en obtiendra bien d'autres grâce au cathétérisme de l'uretère.

(1) De l'intervention chirurgicale dans les tuberculoses du rein, *Thèse*, Paris, 1892.

(2) Répin. *Soc. anal.*, 18 janvier 1892.

(3) Golberg. *Centralbl. f. d. Krankh. d. Harn. u. Sex. org.*, 1897, vol. II, p. 469.

Tuberculose de la synoviale du genou. Synovectomie. Guérison,

par M. POTHERAT

Bien qu'elle soit incomplète sur un point, l'observation suivante mérite, je crois, d'être présentée à la Société de chirurgie. Elle est intéressante au triple point de vue de la clinique, de l'anatomie pathologique et de la thérapeutique chirurgicale.

Au mois de décembre dernier, j'étais appelé par mon confrère et ami, le Dr Dautel, auprès d'une dame de trente-neuf ans qui souffrait du genou droit depuis un an environ. Ces douleurs, peu vives d'abord, s'étaient peu à peu accrues, malgré divers traitements externes révulsifs ou calmants, et la malade en était arrivée, non seulement à ne plus pouvoir se mettre à genoux, mais encore à souffrir pendant la marche et même dans la station debout.

En même temps que la douleur, et dès le début, la malade avait remarqué deux phénomènes importants : elle avait constaté, audessus et en dehors de la rotule, une petite grosseur roulant sous le doigt; en outre, elle avait vu son genou gonfler. Ce gonflement avait toujours persisté avec une intensité d'ailleurs un peu variable; mais il n'avait jamais complètement disparu, même par le repos, et même après une période de révulsion et de compression ouatée soigneusement faite.

Lorsque je vis la malade, je trouvai une femme grande, forte, paraissant bien portante au premier aspect : elle m'affirme d'ailleurs que sa santé générale est bonne et que, seul, son genou droit est en cause. Celui-ci, découvert, et mis en parallèle avec celui du côté gauche, en diffère considérablement. Il est très augmenté de volume en tous sens, les dépressions y sont remplacées par des saillies, les saillies normales effacées; l'ensemble est globuleux sans modifications, d'ailleurs, de vascularisation ou de couleur aux téguments qui n'offrent d'autres altérations que la trace des révulsifs employés antérieurement.

Au palper, il est facile de constater que la rotule est fortement soulevée, que le cul-de-sac sous-tricipital est très développé et très distendu; la fluctuation est manifeste. Donc, il y a un vaste épanchement dans le genou; les mouvements d'extension et de flexion peuvent s'exécuter sans bruits, sans frottements, mais la flexion est limitée par la distension de la synoviale. Il y a de la mobilité latérale, mais pas de ballottement.

Ce n'est pas tout : au-dessus du genou et en dehors, au niveau de l'angle formé par les saillies du droit antérieur et du vaste externe, on sent profondément une tumeur dure, sans être ligneuse, manifestement solide, arrondie et aplatie tout à la fois

en forme de galet, non douloureuse à la pression. Assez facile à explorer au niveau de sa face externe, elle se perd un peu vers la profondeur dans la saillie du cul-de-sac synovial; on peut aisément la mouvoir dans le sens transversal, peu ou point dans le sens vertical.

Les lésions à distance sont peu marquées; il y a une atrophie d'ailleurs modérée des muscles de la cuisse; les ganglions inguinaux ou cruraux ne sont pas hypertrophiés.

Telles étaient mes constatations: elles m'apprenaient qu'il y avait, en rapport immédiat avec la synoviale du genou, une sorte de gros galet, plus grand qu'une pièce de 5 francs en argent, ferme, solide, et une énorme hydarthrose du genou, très certainement symptomatique de cette grosseur. Mais quelle était exactement la nature des lésions, c'est ce que j'avais maintenant à rechercher.

Or, l'examen du genou gauche aussi bien que des autres articulations grandes et petites ne montrait aucune autre lésion. Les viscères thoraciques et abdominaux étaient normaux. D'autre part, en remontant dans le passé de la malade ou chez ses ascendants, je ne trouvais rien qui me parût de quelque valeur. Le père était mort d'un érysipèle de la face, la mère, de suite de couches, après avoir mis au monde, à vingt-deux ans, cette unique enfant. La malade elle-même n'avait eu aucune maladie, sauf une petite toux sèche, opiniâtre, qui était apparue il y a trois ans, et qui, par sa persistance, l'avait quelque peu inquiétée. Cette toux avait duré deux ans et avait cessé au moment même où débutaient les accidents du genou. Elle avait été sans expectoration, et comme l'examen des plèvres et des poumons ne me révélait rien de net, je n'attachai à cette manifestation morbide aucune importance.

La malade était habituellement constipée, n'avait qu'un appétit médiocre; mais tout cela est banal chez une femme, et surtout chez une femme menant une vie absolument sédentaire.

N'ayant donc d'autre élément d'appréciation que les résultats de mon examen, je pensai qu'il s'agissait là d'un corps étranger articulaire, d'origine synoviale, corps adhérant encore à la synoviale par une large surface et je conclus en faveur d'une arthrotomie qui fut acceptée et que je pratiquai le 12 décembre dernier.

Je fis sur le côté externe du genou une longue incision suivant le bord externe de la rotule, mais remontant assez haut sur la cuisse en passant au niveau de l'interligne musculaire que j'indiquais plus haut. L'ouverture de la synoviale donna issue à une grande quantité de liquide séro-synovial un peu louche, avec flocons fibrineux légers. L'article évacué, je fis les constatations fort intéressantes suivantes :

Les cartilages articulaires sont partout absolument intacts. La synoviale a un aspect lavé, elle est dans son ensemble un peu épaissie, très considérablement développée, surtout vers la cuisse, et présente des lésions importantes. Tout d'abord, je trouve la grosseur que j'avais sentie; elle occupe maintenant la face postérieure du cul-de-sac sous-tricipital, la face réfléchie au-devant du fémur; elle est bien arrondie et aplatie, mais elle est plus large encore que je ne l'avais cru. Elle fait absolument corps avec la synoviale, dont elle n'est au reste qu'un épaississement, aminci à la périphérie, haut de 2 centimètres au moins à son centre. Cet épaississement a une consistance homogène, uniformément dure, dont je donnerai une idée en disant qu'elle est absolument semblable à celle des gâteaux de la péritonite chronique; sa couleur est d'un blanc mat. Il n'est pas adhérent par sa face externe, qui glisse aisément au-devant du fémur recouvert de périoste et de tissu cellulaire lâche.

Mais, outre ce grand et vaste épaississement synovial postéro-externe, il en existe deux autres que je n'avais pas sentis pendant l'examen clinique, cachés qu'ils étaient sous le tendon du quadriceps crural. Ceux-ci siègent en effet dans la paroi antérieure du cul-de-sac synovial, près de la base de la rotule; le plus grand atteint à peine les dimensions d'une pièce de 1 franc, le plus petit ne dépasse pas celles d'une pièce de 50 centimes; leur épaisseur est de 3 à 5 millimètres environ. Ils ont le même aspect, blanc mat, lisse, arrondi et aplati, la même consistance que le grand épaississement; ils sont évidemment de même nature.

Même en présence des lésions, l'embarras que j'avais éprouvé, tout d'abord, à préciser la nature exacte de l'affection n'était pas levé. Je voyais là non un corps étranger articulaire mais des épaississements synoviaux, probablement fibreux, rappelant très exactement ceux qu'on observe sur le péritoine pariétal ou viscéral dans les péritonites chroniques, mais tout à fait insolites pour moi, au niveau des séreuses articulaires, même lorsqu'elles sont atteintes d'inflammations subaiguës, chroniques, voire diathésiques. Sans doute, il s'agissait ici d'une malade se mettant très fréquemment à genoux, mais les séreuses pré-rotuliennes qui auraient dû être les principales ou du moins les premières malades n'avaient rien, et le genou gauche qui avait dû souffrir tout autant des génuflexions répétées, était absolument intact.

D'autre part, aucun accident actuel ou ancien, aucune tare héréditaire, aucun stigmate personnel ne me permettaient de songer à la syphilis acquise ou congénitale; et l'état d'apparente intégrité des viscères, et en particulier des poumons, malgré la période de toux sèche antérieure, ne m'autorisait pas à m'arrêter

à l'idée de tuberculose. Enfin, le rhumatisme, sous quelque forme que ce soit, ne produit pas, que je sache, de semblables lésions.

Je laissai donc ce point non élucidé et je continuai l'opération, en enlevant complètement les plaques d'épaississement ainsi que la synoviale qui se confondait avec elles. Je fermai par une suture au catgut les pertes de substance ainsi créées; enfin, je refermai le genou, après avoir bien lavé et essuyé la synoviale, et en laissant un drain dans l'incision externe refermée complètement, sauf pour le passage de ce drain. Pansement sec et compressif.

Les suites furent simples; il n'y eut pas d'incident sérieux. Pendant quelque temps il s'écoula du genou un liquide louche; il y eut même une petite infection, superficielle, de l'incision cutanée qui retarda un peu la cicatrisation. Entre temps, la malade fut prise de la grippe. Pour ces diverses raisons, cette femme ne peut quitter la maison de santé où je l'avais opérée, que le 5 février, c'est-à-dire un mois et demi environ après l'opération. Le genou avait repris un aspect normal; il persistait un peu de raideur destinée d'ailleurs à disparaître. Depuis, la guérison s'est maintenue, ainsi que j'ai pu le constater, il y a un mois exactement.

Il me reste à vous dire ce qu'a fourni l'examen histologique de la pièce enlevée. Je rappelle que cette pièce d'un blanc mat avait une consistance très dure, presque cartilagineuse; elle donnait à la coupe une section nette, homogène, mais ne se laissait sectionner que difficilement et en criant comme du tissu fibreux.

Je pris au centre de la pièce principale un cube de substance que je mis dans l'alcool absolu, ce qui fut une faute, ainsi que vous allez le voir, et j'adressai le fragment à mon ami le Dr Meslay. qui procéda avec un empressement dont je le remercie, à son examen histologique. Il poussa même la conscience jusqu'à soumettre ses préparations à M. Letulle, qui en confirma pleinement l'interprétation. M. Meslay m'adressa, avec des coupes qu'il avait faites et montées à mon intention, la note suivante : « La pièce que vous m'avez adressée sous l'étiquette corps étranger du genou, est une pièce de tuberculose. On voit nettement sur les coupes, au centre, une dégénérescence caséeuse manifeste *très étendue*; en outre, ce caséum est bordé par un tissu inflammatoire au milieu duquel se dessinent de nombreuses *cellules géantes*. En dehors de cette zone on trouve du tissu fibreux plus ou moins enflammé et au milieu un ou deux nodules tuberculeux. » Il eût fallu, comme complément utile, sinon indispensable, à cette étude anatomique les résultats confirmatifs de l'inoculation, et c'est en quoi l'observation est incomplète. Mais, je l'ai dit plus haut, j'avais commis la faute de mettre la pièce dans l'alcool, et comme je ne m'attendais pas à ces lésions, je n'ai pas

recueilli du liquide de la synoviale à l'ouverture. Néanmoins le diagnostic de tuberculose me paraît suffisamment établi.

Il s'agit donc, dans cette observation, d'une tuberculose primitive de la synoviale du genou, ce qui n'a rien d'extraordinaire; mais d'une tuberculose à marche lente, procédant par îlots, s'entourant d'une énorme gangue fibreuse. C'est là le fait exceptionnel, curieux, que je désirais vous présenter. C'est une modalité anatomique comparable à ce qui se passe dans la péritonite tuberculeuse en gâteaux, et qui jusqu'ici n'avait point, que je sache, été signalée au niveau des séreuses articulaires. L'intervention chirurgicale m'a donné un excellent résultat immédiat. C'est tout ce que je puis dire à l'heure actuelle.

Anévrisme diffus secondaire de l'artère iliaque externe,

par M. A. ROUTIER.

J'ai observé récemment un cas assez rare pour qu'il m'ait paru intéressant de vous le communiquer; il s'agit d'un anévrisme diffus de l'artère iliaque externe, consécutif à la rupture d'un anévrisme de cette artère.

M. X..., âgé de soixante-quatre ans, avait toujours été bien portant jusqu'en 1898. A cette époque, il se crut atteint d'incontinence d'urine; il perdait son urine d'une façon continue. Croyant avoir affaire à une infirmité incurable, il s'était muni d'un urinal, lorsqu'un jour, consultant son médecin, celui-ci lui montra qu'il était rétentionniste, et après lui avoir méthodiquement vidé la vessie, lui enseigna à se servir de la sonde.

Tout allait bien de ce côté, et la santé était redevenue parfaite lorsqu'en janvier 1900, M. X... commença à avoir des douleurs vagues dans la région sacrée, avec irradiation de ces douleurs surtout dans la cuisse gauche; on pensa à de la sciatique.

Ces douleurs n'empêchaient pas le malade de sortir, de se promener, de voyager.

C'est au cours d'un voyage, le 2 mars, qu'il fut pris subitement dans l'aine gauche d'une douleur si violente qu'il dut se faire transporter de suite dans son hôtel. Un médecin mandé auprès de lui, mis au courant de ses troubles urinaires, chercha du côté de la vessie, ne trouva rien et renvoya le malade chez lui.

Dès son arrivée, on constata un gonflement énorme de tout le membre inférieur gauche, on dit phlébite et on l'attendit.

Mais peu de temps après, son médecin habituel, le Dr Baudouin, s'aperçut qu'il existait dans l'aine gauche une tumeur; c'est pour être mieux fixé sur la nature de cette tumeur qu'il me pria de voir son malade.

La tumeur était très grosse, occupait la fosse iliaque gauche, débordait l'arcade crurale et envahissait le pli de l'aine; cette tumeur était dure, irrégulière, bosselée, mais elle était pulsatile, et les pulsations larges et facilement appréciables étaient isochrones au pouls. Malgré toutes nos recherches, il fut impossible de constater de l'expansion.

L'auscultation permettait de percevoir un souffle systolique. L'artère fémorale au-dessous ne battait pas, et on n'entendait rien en auscultant sur la région qu'elle parcourt à la cuisse.

L'œdème du membre était encore très fort, et on ne percevait rien dans le creux poplité.

La pédieuse cherchée avec soin ne battait pas; celle du côté opposé était au contraire facile à sentir.

Je fis le diagnostic ferme d'anévrisme diffus de l'iliaque externe, attribuant à une rupture d'anévrisme préexistant la douleur vive ressentie le 2 mars et l'œdème énorme qui avait suivi.

J'avais, bien entendu, examiné mon malade au point de vue de sa vessie, de sa prostate, de son intestin, et cet examen avait été négatif.

Je conseillai l'intervention chirurgicale.

Avant de l'opérer, je pris conseil de M. le professeur Guyon, pour bien établir qu'il n'existait pas de contre-indication du côté des voies urinaires, et M. le Dr Rendu voulut bien examiner ce malade au point de vue médical, en insistant plus particulièrement sur l'état du cœur et des vaisseaux.

Nous fûmes tous d'avis qu'il fallait opérer.

Le malade endormi et placé sur le plan incliné, je pratiquai d'abord une laparotomie pour lier l'artère iliaque externe.

Ce fut assez laborieux, car la tumeur remplissait la fosse iliaque; je mis cependant l'artère à nu au niveau de la bifurcation en iliaque externe et interne, et à un centimètre et demi environ au-dessous de cette bifurcation, je liai au catgut l'iliaque externe grosse et flexueuse, cependant assez souple.

Cela fait, je passai à la tumeur qui ne battait plus, je l'abordai par une large incision partant de la cuisse et remontant aux limites supérieures de la tuméfaction.

J'ouvris un foyer capable de loger les deux poings, rempli de caillots noirâtres, mous; j'enlevai aussi quelques caillots feutrés, mais le sang coulait, rouge, vermeil, artériel.

Je comprimai la fémorale très haut, ce qui parut arrêter l'hémorragie.

Je remplaçai la compression par une ligature portée très haut, sous l'arcade crurale que j'avais sectionnée.

L'hémorragie persistait, rouge, artérielle; il me fut cependant

possible de voir dans le fond de la plaie, l'artère ouverte, fendue dans le sens de son axe, l'endartère par sa teinte jaune paille tranchait sur les tissus voisins noirs, imbibés de sang : les bords de ces tuniques étaient irréguliers, il me parut que la poche anévrismale rompue, après rétraction, était grosse tout au plus comme une petite noix.

Il venait du sang artériel et par en haut et par en bas de ce sac, je plaçai trois pinces hémostatiques, une au haut, deux au bas de cette surface jaune qui représentait le sac; le sang s'arrêta complètement.

Mais il me fut impossible ou de songer à disséquer ce sac ou même de remplacer une pince par des ligatures, je laissai donc les pinces en place.

La plaie de laparotomie fut recousue avec du crin de Florence, je rétrécis la plaie anévrismale par quelques points, et remplis la cavité qui persistait avec deux éponges et des compresses stérilisées.

J'avais été surpris au cours de l'opération par le nombre et surtout le volume des ganglions lymphatiques de la région que j'avais dû traverser. Les plus petits de ces ganglions étaient bien comme de grosses amandes, les plus gros comme des mandarines.

Les suites furent des plus simples : la température ne monta pas à 37 degrés et le pouls ne dépassa pas 80 pour tomber vite à 60.

Dès le second jour, j'enlevais les pinces.

Le troisième jour, j'enlevais les éponges et les compresses de la cavité anévrismale, et chaque jour je faisais le pansement, très heureux du résultat.

Le neuvième jour, j'enlevai les points profonds de la plaie de laparotomie, laissant trois points superficiels.

Le dixième jour, à huit heures du soir, on me demandait en toute hâte auprès de mon malade, il venait de s'engouer en buvant, et avait fait de tels efforts que les intestins étaient sortis sous le pansement.

J'arrivai auprès de lui à 8 heures un quart. En effet, les anses des intestins grêles s'échappaient entre les points de suture superficiels; je dus, pour les rentrer et refaire une suture, donner à nouveau le chloroforme.

La température était de 37 degrés, le pouls était à 70.

Le lendemain matin, tout était changé, la dysphagie était extrême, le malade ne pouvait rien avaler, il y avait du trismus, les extrémités étaient couvertes de sueur froide, et le malade succombait à 8 heures du soir sans avoir eu plus de 38°2.

Malgré ce résultat funeste, j'ai cru devoir publier cette observation, car on peut en tirer un grand enseignement.

Sur la manière d'intervenir : je crois avoir suivi une bonne

méthode, et suis convaincu que sans ma ligature préventive de l'iliaque externe, mon malade me serait mort entre les mains, si j'en juge d'après l'hémorragie qui s'est produite à l'ouverture de la poche après cette ligature.

L'ouverture de la poche, dont je me suis contenté faute de pouvoir extirper le sac, était nécessaire, car la circulation s'y serait rétablie d'emblée.

La rupture de l'anévrisme, ignoré du reste du malade, avait permis à la circulation collatérale de se rétablir, et elle était si complète, que non seulement il n'y a eu aucune espèce de menace de gangrène du côté du membre, mais encore, qu'au moment où j'ai opéré, c'est-à-dire douze jours environ après ma première visite, deux mois sans doute après la rupture, l'artère fémorale avait repris ses battements, et quand on l'auscultait, le souffle était perceptible.

La pédieuse elle-même battait très bien; ni l'une ni l'autre de ces artères n'étaient certainement animées de ces battements lors de mon premier examen.

Aussi, dès l'ouverture de la poche, n'étais-je pas surpris de voir apparaître le sang rouge après les caillots, et la compression de la fémorale à son origine parut tout d'abord tout arrêter; mais presque aussitôt, c'est par l'épigastrique sans doute et par la circonflexe que le sang revint en abondance, preuve que la circulation n'aurait pas été arrêtée dans cette poche par la ligature de l'artère principale, de l'iliaque externe.

Les tissus étaient si infiltrés, si denses, que je n'osai pas disséquer le sac, j'eus peur de blesser la veine, j'avais déjà eu assez de mal à en séparer l'iliaque externe dans le ventre; mais j'avais tout lieu de croire que ce sac serait détruit par le bourgeonnement, et c'est ce qui se produisait, car la cavité était réduite au volume d'une petite poire quand le malade a succombé: ses ganglions avaient aussi en grande partie disparu.

Il me semble que cette observation, malgré la mort du malade, venait à l'appui des conclusions des mémoires de Delbet sur la cure des anévrismes, à savoir que pour obtenir à coup sûr la guérison des anévrismes, il faut détruire le sac.

Il est probable, malgré l'absence de fièvre, que j'ai eu affaire à du *Kopftétanos* (1).

M. Reynier. — Je voudrais faire une simple remarque à l'occasion de la présentation de M. Routier à propos des accidents de trismus qu'a présentés son malade.

(1) Je n'avais pas vu de tétanos depuis au moins deux ans, un cas que j'ai vu en province. Je n'en ai plus revu depuis, si c'est bien du Kopftétanos, sa pathogénie m'a échappé.

Je vous demande la permission d'apporter à la prochaine séance l'observation d'une malade morte de trismus et de contractures neuf jours après une laparotomie des plus simples. On a fait l'autopsie et les recherches bactériologiques les plus complètes; ce matin je demandais à MM. Netter et Brault si on pouvait conclure à du tétanos, leur réponse fut négative.

Dans mon service, je n'ai jamais vu de tétanos. La malade y était depuis trois mois. Ce serait un cas de tétanos tout à fait isolé. J'apporterai l'observation à la prochaine séance.

M. Tillaux. — Je ne crois pas que l'on puisse attribuer le tétanos à la ligature de l'iliaque externe, je dois cependant vous signaler un cas personnel. Il s'agit d'un homme de trente-cinq ans environ opéré par moi il y a une quinzaine d'années pour une énorme varice anévrismale de la région inguinale droite. Après ligature de l'iliaque externe et des deux fémorales (superficielle et profonde) j'extirpai toute la masse. La guérison semblait assurée lorsque le huitième jour le malade fut pris d'accidents tétaniques auxquels il succomba. Il me fut impossible de découvrir l'origine de ce tétanos.

M. Routier. — Je ferai remarquer à M. Reynier que si j'ai admis le tétanos, c'est en faisant toutes réserves.

De l'extirpation des fibromes par voie abdominale avec conservation de l'utérus et des annexes,

par M. TH. TUFFIER.

Rarement une question scientifique réunit une unanimité aussi complète que le traitement des fibromes utérins lors de la dernière session du Congrès français de chirurgie. L'hystérectomie abdominale totale ou subtotale recueillait tous les suffrages et paraissait établie pour longtemps comme la méthode de choix dans le traitement des fibromes. La thérapeutique conservatrice ne se manifestait pratiquement que par quelques tentatives de conservation des ovaires, tentatives que je défendais, et par quelques essais de ligatures atrophiantes qui ne faisaient pas brèche dans le traitement radical. Je crois cependant que ce rare et touchant « consensus » n'aura pas de lendemain, je crois que nos tendances théoriques de conservation doivent devenir une réalité pratique. Si pénible que soit l'abandon de l'hystérectomie, que nous savons tous exécuter correctement ou brillamment, il faudra se résigner à la mettre au second rang.

Je viens appuyer aujourd'hui une méthode ancienne, puisqu'elle compte plus de 360 cas, défendre un procédé que vous connaissez

et que vous appliquez certainement tous et vous soumettre cette proposition : *l'hystérectomie abdominale pour fibrome doit être l'opération exceptionnelle; dans tous les cas où elle est praticable, c'est à l'énucléation des fibromes avec conservation de l'utérus et des annexes qu'il faut avoir recours.* Ce procédé est d'une application beaucoup plus large que je ne le pensais, d'une application si générale que depuis une année je l'ai appliqué, sauf dans un cas, à tous les fibromes que j'ai crus justiciables d'une opération.

Cette réaction ou cette rénovation arrive à son heure; elle n'est même que la conséquence de la chirurgie radicale. Si nous pouvons proposer la conservation de l'utérus fibromateux, nous le devons à deux facteurs antécédents : le premier, c'est la *perfection* avec laquelle nous faisons tous l'hystérectomie abdominale totale le second, c'est que *nous voyons de moins en moins ces énormes fibromes* remontant à l'épigastre. Nous opérons mieux, nous opérons plus tôt. Il se passe pour les fibromes ce qui s'est passé pour les kystes de l'ovaire; les tumeurs kystiques, dont l'énorme volume faisait la joie et l'honneur de nos devanciers, ne se voient plus qu'exceptionnellement. D'autre part, il est incontestable que les perfectionnements progressifs de notre pratique ont rangé l'hystérectomie abdominale au nombre des opérations courantes faciles et bénignes. L'énucléation est, à coup sûr, entourée de plus de difficultés, elle nécessite plus de précautions, des soins plus minutieux et sa vulgarisation ne pouvait que suivre celle de l'ablation totale de l'organe. C'est pour cela que Spencer Wells, dès 1863, ne continua pas ses essais : il venait trop tôt; c'est pour cela que Martin, en 1880, ne fut pas suivi : la masse des chirurgiens était trop loin; en 1896, notre collègue et ami Témoin n'arrivait pas encore à nous entraîner dans cette voie. Je crois que l'heure est arrivée et qu'avec votre concours nous pourrons essayer d'enrayer, de réfréner le mouvement hystérectomiste au profit de la conservation, et qu'au prochain congrès, au lieu de nous apporter le chiffre formidable de milliers d'hystérectomies à opposer à quelques centaines d'énucléations péniblement rassemblées dans dix années de littérature médicale, nous verrons la proportion exactement renversée.

Je n'ai actuellement pratiqué que 15 énucléations pour fibromes avec 14 guérisons et 1 mort. Le chiffre est peu élevé; néanmoins j'ai pensé que plus tôt la question serait posée, plus nombreux seront conservés les utérus et les annexes. J'avouerai également que la communication d'Olshausen, au dernier congrès de chirurgie allemand, a quelque peu aiguisé mon désir et provoqué cette publication précoce. Je désire montrer ici que nous sommes

pas en communauté d'idées avec nos collègues de Berlin, mais que nous ne sommes pas à leur suite.

Je ne parlerai ici que de la *voie abdominale*. Je sais les avantages et je connais les partisans de la voie vaginale que vient de défendre avec son talent habituel et sa grande expérience mon collègue Segond; mais je la réserve uniquement aux fibromes saillant dans la cavité utérine et très facilement abordables par incision cervicale. Pour tous les autres cas, je préfère de beaucoup et pour des raisons multiples, la voie abdominale qui me permet de mieux voir et de mieux faire. Il est bien entendu qu'il ne s'agit, ni dans ma statistique, ni dans les procédés opératoires, de fibromes sous-péritonéaux pédiculés ou implantés dans le fond de l'utérus, pas plus que des polypes fibreux cavitaires, mais uniquement de *fibromes encastrés* dans le parenchyme utérin.

Ma *technique* est celle qui a dû être suivie par tous mes collègues; chacun y trouvera ce qui lui appartient et je me défends d'avoir rien inventé. Elle ne m'a été inspirée que par l'anatomie normale des vaisseaux utérins, l'anatomie pathologique des fibromes et les règles de la chirurgie générale. M'adressant ici à des maîtres ou à des collègues, je ne citerai de cette technique que les points importants.

1° La cavité utérine a été *dilatée*, *lavée*, *curettée* et le vagin est aseptisé dans la limite du possible. Ces précautions sont prises la veille de l'opération.

2° La malade, sous l'anesthésie cérébro-spinale (11 cas) ou seulement médullaire (4 cas) est placée dans la position inclinée, l'abdomen est ouvert, la valve sus-pubienne est placée, l'utérus, amené autant que faire se peut au dehors de l'abdomen, est exploré, il en est de même des annexes dont l'intégrité, bien constatée, est une des indications de la méthode. Le ou les fibromes sont reconnus dans leur forme, leur nombre, leur situation, les fibromes sous-péritonéaux sont supprimés, la vascularité des bords utérins et surtout *la zone ou les zones avasculaires* sont précisées. Cela fait, deux cas peuvent se présenter.

α) L'utérus forme un globe arrondi dans le centre duquel on sent un corps plus dur, plus ou moins facilement limitable ou même on ne trouve et on ne sent rien qu'un gros corps utérin. Je fends l'utérus sur sa face antérieure et exactement sur la ligne médiane, au-dessous de la région du fond, en plein corps, jusqu'à ce que j'arrive sur le fibrome. Mon incision est de dimension suffisante pour permettre l'exploration facile du néoplasme et elle est agrandie pour permettre le passage du plus grand diamètre de la tumeur. Les lèvres de l'incision sont écartées; pas une ligature, pas une pince n'est nécessaire et en général l'incision se fait à

blanc. Je saisis alors le fibrome avec de fortes pinces à abaissement ou une érigne et je l'extrais. Si le fibrome est latéral, je fais malgré cela l'hystérotomie sur la ligne avasculaire et j'attaque la tumeur de dedans en dehors. Le siège médian de l'incision utérine, l'attaque de la tumeur de dedans en dehors, me paraissent jouer un rôle important pour la facilité, le bénignité et l'absence d'hémorragie dans l'énucléation des fibromes.

β). Les tumeurs sont multiples, intra-utérines. Là encore je fais, autant que possible, l'incision sur la ligne avasculaire, c'est-à-dire sur l'ancienne ligne médiane et rectiligne, devenue latérale et sinueuse. J'attaque successivement de dedans en dehors les fibromes et autant que possible par la même incision utérine; même s'il existe un fibrome concomitant de la paroi postérieure de l'utérus je vais le chercher par mon incision antérieure transcavitaire. Seule une situation trop éloignée de deux tumeurs me fait pratiquer des incisions multiples. Les fibromes sont successivement énucléés sans que j'aie à faire une seule ligature : un simple tamponnement laissé pendant la durée de l'opération, suffit dans les cas où les veines donnent un suintement sanguin. J'ai pu enlever ainsi 8 fibromes dans un cas; 17 dans un autre.

3° Cette énucléation terminée, il semble que le parenchyme utérin reste creusé d'énormes cavités béantes. Or, il n'en est rien, et c'est là un fait qui m'a vivement frappé et qui m'a rappelé ce que nous constatons dans l'opération césarienne. Quand l'énucléation est complète, le muscle utérin revient sur lui-même et la perte de substance à combler est peu étendue. Aussi je me garde bien, sauf dans les cas exceptionnels, de suivre la conduite de notre collègue Témoin qui réséquait alors la coque utérine. Je crois que pour le bon fonctionnement ultérieur du muscle utérin, la résection ou le capitonnage doivent être exceptionnels.

4° Pendant cette énucléation, un seul fait doit, à mon avis, guider la conduite ultérieure; *la cavité utérine est intacte, ou elle a été ouverte*. Si la cavité utérine n'a pas été ouverte, je ferme l'incision du muscle utérin et la séreuse et je ne m'occupe pas des plaies d'énucléation. La muqueuse utérine, au contraire, a-t-elle été intéressée? dans ce cas mon premier soin est de la drainer. Pour cela, à travers sa cavité dilatée antérieurement, je passe un gros drain de caoutchouc dur, drain qui sort dans le vagin, et je ferme par-dessus le muscle et la séreuse, si l'opération a été laborieuse, je draine en outre le cul-de-sac de Douglas. C'est que l'opération est bien différente dans les deux cas : la première est et reste une opération aseptique; la seconde peut rester aseptique, mais rien ne nous le prouve; tout porte, au contraire, à penser que la cavité utérine a pu contaminer le champ opératoire, et il

faut alors se comporter comme dans toute opération septique.

Le mode de fermeture de la plaie utérine est très simple : je fais la suture parenchymateuse perdue au catgut et par-dessus le plan de Lembert à la soie. La paroi abdominale est suturée en étages et au crin de Florence. Dans les cas où l'opération serait particulièrement grave, la suture de la plaie utérine à la paroi abdominale, c'est-à-dire l'hystérorraphie avec hystéropexie complémentaire de sûreté, donnerait peut-être plus de sécurité.

5° Si la cavité utérine est respectée, la cavité tubaire peut être ouverte et ces fibromes péritubaires m'ont laissé d'abord un peu perplexe. Je crois qu'on peut hardiment les attaquer sans se préoccuper de l'ouverture de la trompe; la salpingorraphie suffit à assurer la perméabilité du canal et l'étanchéité de la plaie. Je crois l'ablation de ces fibromes d'autant plus nécessaire que la compression qu'ils exercent sur la lumière de la trompe constitue à mon sens un accident qui a sa part dans les complications de ces néoplasmes.

Telle est la technique que j'ai appliquée dans 15 cas de fibromes utérins. Les fibromes enlevés étaient circonscrits chez 14 de mes malades; mais dans un cas récent, j'ai extirpé, sous l'anesthésie médullaire, un myome kystique diffus du volume des deux poings, ramifié, mou, diffluent, se déchirant à la moindre traction et parsemé de petits kystes. L'opération fut laborieuse et dura une heure. Je dus faire le morcellement à travers l'incision utérine. Ma malade guérit sans l'ombre d'un incident. La cavité utérine n'avait d'ailleurs pas été ouverte.

En ce qui concerne le *nombre des fibromes* enlevés sur un même utérus, il a varié de 1 à 17 (voy. séance du 13 juin dernier). Sur ce nombre, 7 fois seulement le fibrome était unique. Leur *volume* allait des dimensions d'une grosse noisette ou d'une noix à celles d'une mandarine, d'une orange, du poing ou même de deux poings réunis (3 cas). Les fibromes *siégeaient* un peu partout dans la paroi utérine : paroi antérieure, paroi postérieure, parois latérales, fond. Le plus souvent cependant (3 cas), ils occupaient uniquement la paroi antérieure; puis, par ordre de fréquence, le fond et la face postérieure. La muqueuse utérine a été *ouverte* et par conséquent la cavité *drainée* dans la grande majorité des cas; 3 fois seulement le drainage n'a pas été pratiqué, la muqueuse étant restée indemne. L'énucléation est toujours *plus longue* qu'une hystérectomie; nos opérations ont duré en moyenne de vingt à cinquante-cinq minutes. En dehors des difficultés présentées par l'énucléation du fibrome en dégénérescence kystique dont j'ai parlé plus haut, je n'ai jamais rencontré de *complications opératoires*. A noter cependant que, chez l'une de mes malades, il

existait en même temps un kyste hydatique ouvert dans l'abdomen et un autre kyste hydatique de l'intestin grêle, que j'enlevai.

Les *résultats immédiats* sont des plus encourageants. J'ai déjà dit que sur 15 opérées, 14 ont guéri. La mortalité opératoire générale est actuellement de 2.75 p. 100. J'ai perdu une malade par infection : il s'agissait d'une femme de quarante et un ans qui présentait à son entrée dans mon service un suintement vaginal fétide que nous ne pûmes tarir. Je suis convaincu que c'est l'absence de drainage du Douglas qui fut cause de mon échec ; dans deux autres cas, en effet, où l'opération avait été très laborieuse, nos malades présentèrent, dans les jours qui suivirent l'opération, des symptômes de réaction péritonéale du côté du petit bassin, symptômes qui ne cédèrent qu'avec l'ouverture du cul de sac postérieur. Ce sont d'ailleurs les seules *complications post-opératoires* que j'aie notées.

Quant aux *résultats éloignés*, si nos opérations récentes ne peuvent les assurer, nos quatre anciennes ont été parfaites à cet égard, et voici les chiffres relevés par mon élève Zvibel dans sa thèse : sur 562 opérations, 4 récidives, soit 0.75 p. 100 et, fait à signaler, 18 grossesses consécutives, soit 3,2 p. 100.

Les *contre-indications à l'opération*, et c'est par là que je veux terminer ma communication, sont assez nombreuses. Il est certain que la multiplicité considérable des tumeurs, que les variétés télangiectasiques, les sphacèles des fibromes et les complications de double lésion annexielle irrémédiable, peut-être l'âge avancé des malades, sont des indications de l'hystérectomie totale.

Il en est autrement de la grossesse qui, dans la statistique relevée par mon élève Zvibel (Traitement des fibromes utérins par l'énucléation abdominale. *Thèse de Paris*, 1900, p. 56) donne 11 guérisons sur 11 cas avec 10 enfants nés à terme.

Rapport.

Sur deux *observations d'appendicite* adressées à la Société de Chirurgie, par M. Véron, médecin-major de 1re classe,
et sur une note de M. Damas (de Valence), relative à une *lésion de la fosse iliaque droite à syndrome appendiculaire typique*,

par M. E. KIRMISSON.

Messieurs, il y a quelque temps, notre collègue M. Chauvel s'excusait, en nous faisant un rapport sur quelques observations d'appendicite, de revenir sur ce sujet si souvent traité déjà devant vous. Pour moi, qui, comme tous les chirurgiens d'enfants, me trouve quotidiennement aux prises avec les difficultés pratiques

de la question, qui suis témoin des erreurs, funestes trop souvent, encore commises dans le traitement, je pense, au contraire, qu'on ne saurait trop y insister. Tant que je verrai des enfants nous arriver avec une péritonite généralisée, après avoir pris force purgatifs, des enfants saignés à blanc, le ventre couvert de piqûres de sangsues ; tant que je verrai des malades opérés en pleine appendicite aiguë avec suppuration infecte, dont la paroi abdominale aura été fermée par une suture à plusieurs étages, je ne cesserai de faire entendre mes protestations.

Ces remarques ne s'appliquent pas aux observations qui nous ont été communiquées par nos collègues, MM. Véron et Damas, et dont je dois vous rendre compte.

Toutefois, parmi les deux observations de M. Véron, il en est une qui soulève quelques points de pratique dignes d'intérêt. Elle a trait à un jeune cavalier au 5e chasseurs d'Afrique qui, le 15 avril 1899, quatre jours après son arrivée au régiment, fut pris de tous les symptômes d'une appendicite aiguë. Apporté à l'hôpital militaire du Dey d'Alger, ce malade fut opéré par M. Véron soixante heures environ après le début des accidents. Notre confrère fit son incision le long du bord externe du grand droit antérieur de l'abdomen. Le péritoine ouvert, il s'écoula immédiatement 60 grammes environ d'un pus très fétide, jaune-verdâtre. « Je me trouve alors, nous dit-il, en face d'un foyer qui me semble nettement collecté en avant du cæcum, et qui est bourré d'épaisses fausses membranes de couleur blanc rougeâtre. Tout ce tapis néo-membraneux masque les organes sous-jacents ; avec le doigt introduit dans le foyer, je cherche à reconnaître l'appendice, que je supposais placé en avant du cæcum, ou à dépister quelques petits foyers secondaires qui me mettraient sur la voie du vermium. Pour éviter toute déchirure imprudente, toute dangereuse inoculation, mes recherches n'ont duré qu'un instant, et, n'ayant donné aucun résultat, je lavai le foyer à l'eau boriquée bouillie, je l'asséchai ensuite avec des chiffonnés de gaze aseptique, puis je le bourrai avec des lanières de gaze iodoformée. »

Tout sembla d'abord marcher à souhait, mais le troisième jour, dans la nuit du 19 au 20 avril, à 2 heures du matin, le malade fut pris brusquement d'accidents très graves, coliques, vomissements, hypothermie. En dépit d'une injection sous-cutanée d'un litre de sérum artificiel, il succombait à 6 heures et demie du matin.

L'autopsie a révélé ce qui suit :

Il existe une péritonite généralisée. L'épiploon enflammé présente une épaisseur de plus de 2 centimètres dans la zone cœco-appendiculaire ; c'est sur lui qu'est tombé le chirurgien en

ouvrant sur le bord externe du grand droit; la poche purulente ouverte pendant l'opération était constituée, en avant, par le péritoine pariétal, en arrière, par l'épiploon, latéralement, par des adhérences incomplètes qui unissaient l'épiploon au péritoine pariétal.

L'épiploon relevé, on trouve le cæcum d'apparence normale; en arrière et au-dessous de lui, une petite masse noirâtre d'aspect gangreneux, formée par un peu d'épiploon dur et épaissi, et des débris de l'appendice qui a été coupé en deux; son bout périphérique contient une concrétion fécale, son bout central communique à plein canal avec le cæcum.

A propos de ce cas malheureux, M. Véron se demande s'il n'eût pas mieux fait d'employer l'incision de Roux plutôt que d'ouvrir l'abdomen sur le bord externe du grand droit. Il eût pu plus aisément éviter ce tablier épiploïque qui masquait toute la région, et aborder le cæcum par sa face latérale externe qui était libre. Pour ma part, je suis partisan, dans l'immense majorité des cas, de l'incision de Roux; c'est elle qui conduit le plus directement sur l'appendice situé le plus souvent en bas et en arrière du cæcum, dans l'angle iléo-cæcal. Ce n'est qu'exceptionnellement que j'ouvre la gaine du grand droit. Mais la réflexion principale que suggère l'observation de M. Véron, c'est la nécessité qui s'impose au chirurgien, dans les cas où toute la région est masquée par un tablier épiploïque, de réséquer largement cet épiploon, de façon à mettre à découvert le cæcum et l'appendice. Comme tous les chirurgiens, je me suis trouvé souvent en face d'une pareille situation, et la résection de l'épiploon m'a fourni un accès facile vers la région cæcale. Cette résection est d'autant plus indiquée que, dans ces cas, l'épiploon présente parfois dans son épaisseur de petits foyers sphacéliques ou des amas purulents.

Plus je vais, pour ma part, et plus je suis partisan de la résection de l'appendice dans les opérations dirigées contre l'appendicite à chaud. Je ne dis pas que cette résection sera toujours possible dans tous les cas, mais elle me paraît être l'idéal dont nous devons le plus possible nous rapprocher. Dans tous les cas de péritonite diffuse ou généralisée, elle s'impose comme une absolue nécessité, car, en pareil cas, nous aurons beau évacuer le pus et nettoyer de notre mieux la cavité péritonéale, si nous laissons en place un appendice suppuré ou gangrené qui continuera à verser de nouvelles quantités de matières septiques dans la cavité abdominale, la mort surviendra par infection.

Dans l'appendicite à foyer localisé, les conditions sont autres. Évidemment, si nous intervenons longtemps après le début des accidents, alors qu'il existe un foyer très vaste, limité par des

adhérences épaisses, il pourra être très difficile, dangereux même, de chercher à isoler l'appendice au milieu de ce magma d'adhérences, et il sera préférable d'abandonner les choses à elles-mêmes. Mais quand nous intervenons dès le début des accidents, la résection de l'appendice ne présente plus les mêmes difficultés, et il serait dangereux, d'autre part, de compter sur la protection des adhérences qui n'ont pas encore eu le temps de s'organiser complètement. Mieux vaut donc faire tous ses efforts pour arriver à débarrasser le malade de son appendice.

Un dernier point que je voudrais relever dans l'observation de M. Véron, c'est celui qui a trait au drainage. L'auteur nous dit qu'il s'est contenté de bourrer la plaie opératoire avec de la gaze iodoformée ; ce mode de drainage me paraît insuffisant ; j'emploie toujours les deux gros drains adossés en canon de fusil double, et je les multiplie au besoin, dans les cas où le foyer opératoire a des prolongements multiples ; eux seuls offrent pour l'écoulement des liquides des garanties suffisantes.

Messieurs, il est arrivé, en matière d'appendicite, ce qui se produit toujours quand on pénètre plus profondément dans l'étude d'une qnestion, c'est-à-dire que, sans négliger le point principal, qui est ici l'appendice, on se préoccupe davantage des questions accessoires, accidents de voisinage et complications. Notre collègue, M. Loison, a soulevé devant vous la question des complications hépatiques et péri-hépatiques, et moi-même dernièrement je vous ai présenté un jeune malade que j'ai été assez heureux de guérir, bien qu'il eût un volumineux abcès de la fosse iliaque droite, un abcès de la région hépatique et une énorme pleurésie purulente droite. L'opération de l'empyème est venue démontrer que toutes ces collections purulentes communiquaient les unes avec les autres, car elles se sont toutes vidées par l'incision de l'empyème. Je ne pense pas que, dans ce cas particulier, il s'agisse d'une suppuration intra-hépatique, mais bien d'une collection péri-hépatique s'étant propagée par la voie lymphatique et s'étant ouverte dans la plèvre à travers les insertions du diaphragme.

Il n'est pas douteux que de nombreux abcès péri-néphrétiques dont l'odeur fécaloïde a dès longtemps frappé l'attention des chirurgiens ne soient également d'origine appendiculaire. Pour ma part, j'ai observé sous ce rapport, dans mon service, un cas qui mérite d'être signalé ; c'est celui d'un jeune homme atteint d'appendicite à foyer enkysté chez lequel l'un de mes internes me signala un jour la présence d'une tumeur volumineuse dans la région du flanc droit ; cette tumeur n'était autre que le rein lui-même ; le siége, la forme, le ballottement rénal, rien n'y manquait.

Je fis une incision lombaire comme pour une néphrotomie, et, en effet, j'arrivai sur. le rein, reconnaissable à tous ses caractères extérieurs, mais traînant, attachée à son extrémité inférieure, une masse pathologique. J'insinuai l'extrémité de l'index entre cette masse et le bord inférieur du rein, de façon à les décoller l'un de l'autre, et immédiatement un flot de pus infect, d'odeur caractéristique. s'écoula ; nous étions donc en présence d'un abcès périnéphrétique, d'origine appendiculaire, en voie de formation. Ce malade a guéri après avoir présenté ultérieurement un volumineux abcès à distance dans la région hypogastrique,

Les lésions à distance dans l'appendicite ont été plus particulièrement étudiées par M. Quénu sous le nom de para-appendicites. C'est à cet ordre de lésions que se rapportent les deux observations de MM. Véron et Damas, dont il me reste à vous rendre compte.

Quelle est la part qui revient dans les symptômes de l'appendicite chronique aux adhérences épiploïques? La question a été soulevée devant vous par notre collègue M. Walther, et il pense même que, dans certains cas particuliers, ce sont ces adhérences qui peuvent, à elles seules, expliquer tous les symptômes. La seconde observation de M. Véron est favorable à cette manière de voir. Elle a trait à un jeune canonnier qui, dans le cours de deux années, présenta quatre crises successives d'appendicite. Il fut opéré à froid par M. Véron après sa dernière crise, et l'on trouva une nappe épiploïque masquant le cæcum. Cette masse épiploïque fut chargée sur le doigt et reséquée entre deux ligatures. Cherchant alors l'appendice, on le trouva en arrière du cæcum, réduit à un cordon fibreux et perdu dans une gangue fibro-plastique faisant corps avec l'épiploon. Pour exciser cet appendice, il eût fallu le sculpter dans ce bloc fibro-plastique. M. Véron pensa que la dégénérescence fibreuse de l'appendice et son oblitération rendaient cette opération absolument inutile, et l'événement semble lui avoir donné raison; car six mois après l'opération, bien que l'appendice eût été laissé en place, le malade était débarrassé de ses douleurs et de ses troubles digestifs. Le rôle principal revenait donc ici, non pas à l'appendice, mais aux brides épiploïques comprimant et tiraillant le cæcum.

Mais c'est surtout la dernière observation dont il me reste à vous rendre compte, celle de M. Damas (de Valence) qui mérite d'être désignée sous le nom de para-appendicite, car, ici, la lésion principale siégeait, comme vous allez le voir, non sur l'appendice lui-même, mais bien sur le cæcum.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-trois ans qui, brusquement, fut pris à la fin de juillet 1899, d'une fièvre vive avec douleurs dans

la fosse iliaque droite, contracture musculaire et hyperesthésie cutanée. Soumis le 29 juillet au traitement par la glace et l'opium, il voit immédiatement tomber tous les accidents et, le 1er août, il est complètement apyrétique. Mais le 5 août la scène change ; la température monte brusquement à 39° 6; la douleur est plus vive. Incision immédiate; évacuation abondante de pus, drainage sans recherche de l'appendice. Le lendemain, les matières passaient dans le pansement; la fièvre tombe définitivement, la fistule s'établit et persiste.

Le diagnostic porté fut celui d'appendicite; le malade affirmait d'ailleurs, qu'à l'âge de quinze ans, il avait eu des accidents absolument semblables.

Le jeune homme revint à Valence au mois de janvier 1900, toujours porteur de sa fistule dans la fosse iliaque droite, pour laquelle il réclamait une intervention. Celle-ci fut pratiquée dans les premiers jours de mars. L'orifice fistuleux fut touché d'abord au thermo-cautère, isolé à l'aide d'une incision circulaire de la peau, et fermé par une pince. Après quoi, la plaie fut débridée par en haut et par en bas, en haut dans la direction du cæcum, en bas jusque vers le milieu de l'arcade de Fallope. Le péritoine ouvert, on tomba sur un épiploon épaissi et adhérent, qui dut être excisé. On aperçoit alors le cæcum se continuant en avant sous forme d'un entonnoir qui aboutit à la fistule. Il s'agit donc d'une perforation du cæcum s'étant fistulisé à la peau.

L'entonnoir cæcal est écrasé, lié, sectionné au thermocautère, et le fin moignon obtenu invaginé dans le cæcum par deux sutures en bourse. L'appendice lui-même est ensuite excisé et la paroi abdominale refermée par trois plans de suture avec drainage. La guérison a été obtenue sans le moindre incident.

Il est un grave reproche qu'on peut faire à l'observation de M. Damas : c'est que l'appendice de son malade n'a point été examiné; il n'en reste pas moins ce fait que, dans ce cas particulier, l'ulcération, cause de la fistule, portait sur le cæcum, et, à ce titre, elle mérite de prendre place dans les lésions para-appendiculaires.

Messieurs, il me reste, en terminant, à vous demander d'adresser nos remerciements à nos deux confrères, MM. Véron et Damas, pour leurs intéressantes observations qui constituent une contribution utile à l'étude de l'appendicite.

Messieurs, ce rapport était terminé, et je devais vous en donner lecture il y a quinze jours, quand un incident relatif à l'appendicite est venu m'empêcher d'assister à la séance. Ce même jour, au moment où je sortais des examens, mes internes me téléphonaient

qu'un jeune malade, opéré par moi quelques jours auparavant, venait d'être pris subitement d'une hémorragie foudroyante. J'arrivai aussitôt à l'hôpital, et je trouvai mon interne en train de faire la compression. C'était la veine iliaque qui s'était rompue au milieu d'un véritable phlegmon gangreneux de la fosse iliaque droite. Je fis immédiatement la ligature de la veine fémorale sans aucune difficulté et sans faire perdre de sang au malade, mais l'enfant était tellement épuisé qu'il tomba dans un état syncopal dont il ne se remit pas, bien que nous ayons fait, pendant deux heures, la respiration artificielle.

Ce chapitre des hémorragies dans le cours de l'appendicite mérite d'être soigneusement étudié. Pour ma part, j'ai vu deux fois des malades qui ont succombé après avoir présenté des hémorragies répétées par la plaie d'opération. Une jeune fille opérée dans mon service par notre collègue, M. Faure, a succombé le lendemain avec une température très élevée, et, à l'autopsie, nous avons rencontré une quantité considérable de sang dans la cavité péritonéale. Il y a encore à tenir compte des hémorragies viscérales à distance, telles que l'hématémèse dont j'ai rapporté cette année un exemple, à la suite d'une observation semblable publiée dans la *Gazette hebdomadaire* par M. Piéchaud (de Bordeaux) (1). L'auteur d'une thèse sur les hématémèses, dans l'appendicite, soutenue aujourd'hui même à la Faculté, M. Charlot, en rapporte six exemples, dont un emprunté au service de M. Broca et un autre au service de M. Lannelongue.

De l'ensemble de ces faits, il résulte qu'un chapitre particulier doit être consacré, dans l'histoire de l'appendicite, aux accidents hémorragiques qui peuvent venir compliquer cette redoutable affection.

M. Poirier. — Je crois que la Société de chirurgie verrait avec impatience rouvrir une discussion sur l'appendicite ; et pourtant cette discussion ne serait pas inutile.

Une phrase du rapport de Kirmisson sur les « plans compliqués de suture » a appelé mon attention. En effet, j'ai pu constater les mauvais résultats de ce procédé. Un de ces derniers dimanches, un de nos jeunes collègues est appelé dans mon service pour une appendicite infectieuse. Il opéra avec une habileté méticuleuse et réséqua environ 4 centimètres d'appendice; après quoi il réunit par plusieurs plans de suture la paroi et draina par une mèche de gaze courant en zig-zag dans les divers plans. Le lendemain je vis le malade, l'état était grave, le ventre ballonné, la température

(1) Kirmisson, *Gazette hebdomadaire*, 1er février 1900.

n'avait point baissé ; le malade avait eu un vomissement. Je priai mon interne de faire sauter quelques points de suture et lorsqu'il parvint à retirer la mèche, une certaine quantité de pus infect s'écoula : il y avait rétention ; la mèche n'avait point drainé. Le surlendemain, l'état était encore très grave : je supposai qu'il restait quelque foyer d'infection et engageai l'interne du service, M. Maubert à rouvrir complètement la plaie pour vérifier : à l'intervention, Maubert trouva 8 centimètres d'appendice baignant dans le pus.

Je pense donc qu'il y a intérêt à répéter ici une fois de plus que lorsqu'on résèque l'appendice, il importe de le réséquer en totalité ; de bien drainer et surtout à redire que la mèche de gaze bouche et ne draine pas.

Je crois que sur ces points nous sommes tous d'accord : j'ajouterai à titre d'opinion personnelle que je ne crains point dans mes interventions, pour appendicite infectieuse l'ouverture large de la cavité péritonéale.

M. Pierre Delbet. — La discussion n'étant pas ouverte, je me borne à signaler une observation qui me paraît avoir un intérêt d'actualité. Elle a trait à une hématémèse survenue peu de temps après une opération d'appendicite.

Il s'agissait d'un homme de soixante-cinq ans environ, qui en était à sa première crise appendiculaire. Je passe sur les détails ; je fis l'opération d'urgence et trouvai un appendice volumineux, turgescent, l'appendice en érection que vous connaissez tous.

Avant de refermer l'abdomen, j'explorai le foie avec la main parce que certains symptômes devaient faire craindre des lésions de la vésicule biliaire. Je constatai ainsi que le foie était irrégulier, noueux présentait en un mot les apparences d'un foie cirrhotique,

Les suites opératoires furent très simples, et tout annonçait une guérison rapide, quand le malade fut pris dans la deuxième nuit qui suivit l'opération d'une hématémèse moyenne. Dans la troisième nuit une seconde hémorragie survint et celle-là fut mortelle en quelques instants.

A quoi était due cette hémorragie ? Etait-elle en rapport avec l'appendicite ? Le malade avait-il un néoplasme stomacal ? S'agissait-il de la rupture d'une veine cardiaque ? On peut très bien le supposer puisque le malade avait un foie cirrhotique.

En tout cas, le fait malheureusement certain, c'est qu'il a succombé à une hématémèse, moins de trois jours après avoir été opéré d'une appendicite.

M. Broca. — Sur ce point spécial de l'hématémèse je dirai que,

outre le fait de mon service signalé, dit M. Kirmisson, dans une thèse récente, je puis en relater un autre. Il s'agit d'un jeune homme que j'ai opéré à froid il y a trois ans et qui a eu au quatrième ou cinquième jour une petite hématémèse; il a guéri, en sorte que j'ignore la cause du saignement. Je dirai seulement que le jeune homme, qui avait eu pendant sa crise aiguë des accidents très graves d'infection hépatique, souffrit après le chloroforme d'un horrible hoquet, pendant deux jours. D'autre part, étant chirurgien du bureau Central, il y a sept ou huit ans, j'ai opéré pour un abcès appendiculaire, dans le service de mon ami Schwartz, un garçon d'une vingtaine d'années qui guérit après un melæna considérable. J'ignore donc, cette fois encore d'où venait le sang. L'hématémèse en particulier est-elle liée spécialement à l'appendicite? Il ne faudrait pas, je crois, s'emballer tout de suite sur l'hématémèse appendiculaire. En 1891, étant assistant de M. Terrier, j'ai perdu d'hématémèse foudroyante, la plaie vésicale allant très bien, un malade auquel j'avais fait la taille hypogastrique. A l'autopsie, léger degré de cirrhose, au début pas de varices œsophagiennes, aucun gros vaisseau ulcéré, et peut-être une érosion hémorragique de l'estomac.

M. Routier. — Je demanderai à M. Kirmisson pourquoi il fait une lésion para-appendiculaire d'une perforation cæcale qui est bien évidemment consécutive à l'appendicite.

M. Kirmisson. — Je répondrai à M. Routier que je n'attache pas d'importance aux termes de para-appendicites ou péri-appendicites qui ont été employés. Il n'en reste pas moins vrai qu'à côté des lésions de l'appendice lui-même, il y a à tenir compte des lésions de voisinage pouvant porter, par exemple, sur le cæcum. L'observation de M. Damas en est une preuve.

Je suis d'accord avec M. Poirier pour réclamer dans les opérations d'appendicites aiguës suppurées une large opération et un large drainage. Je comprendrais plus aisément qu'on s'abstînt d'opérer, mais fermer soigneusement la plaie par une suture à plusieurs étages dans une pareille circonstance me semble le comble de l'illogisme.

Présentation de malades.

Résultats définitifs de la réduction non sanglante des luxations congénitales de la hanche.

M. Brun. — J'ai, il y a un an environ, présenté à la Société de chirurgie un certain nombre de radiographies tendant à démon-

trer la réalité de la réduction non sanglante des luxations congénitales de la hanche. Quelques-uns de mes collègues me firent observer, et j'avais déjà dans ma communication présenté cette observation, que si la réduction des luxations était en effet évidente, on pouvait se demander si cette réduction se maintiendrait pendant la durée du traitement et serait persistante. Cette objection était d'autant plus rationnelle que, d'après les communications faites par Lorenz, Hoffa, Schede, au Congrès des chirurgiens allemands de 1899, il paraissait démontré par les radiographies que la réduction réelle était l'exception, les transpositions étant au contraire la règle. D'une expérience de trois années pendant lesquelles j'ai pratiqué plus de 25 réductions non sanglantes de luxations congénitales de la hanche, je crois pouvoir conclure :

1° Que dans certaines conditions d'âge, et surtout en opérant chez des enfants entre trois et six ans, la réduction est presque toujours possible à obtenir.

2° Que dans certaines conditions de traitement consécutif, et en particulier d'immobilisation, il est presque toujours possible de transformer une réduction tout d'abord instable en une réduction fixe et définitive.

Je pense, en d'autres termes, que si tant de réductions se sont, au cours du traitement, transformées en transpositions, c'est que l'immobilisation consécutive à la réduction avait été, dans ces cas, insuffisante.

A l'appui de cette manière de voir, je vous présente deux malades :

1° Suzanne B..., âgée de cinq ans, chez laquelle la réduction a été opérée en mars 1899. Après avoir passé par les différentes positions d'immobilisation, d'abord en abduction et rotation en dehors forcées pendant quatre mois, puis en abduction moyenne (deux mois), et enfin dans la rectitude (deux mois), elle a été mobilisée et massée et elle marche librement depuis plus de cinq mois. Elle marche d'une façon tout à fait satisfaisante, sans dandinement ni boiterie, et la radiographie que je vous présente vous montre que la réduction est absolument réelle.

2° Germaine M..., qui m'a été adressée par mon collègue et ami Michaux. Opérée fin juillet 1899, elle n'est que depuis trois mois libérée de tout appareil. Elle marche très bien, mais conserve une très légère claudication qui tient évidemment à l'atrophie musculaire encore existante. Sa radiographie nous démontre comme la précédente que la réduction parfaite a été obtenue, et comme aucune modification n'est survenue de ce côté, bien que l'enfant marche depuis trois mois, nous pouvons considérer encore ce résultat comme définitif.

Présentation de pièces.

Présentation d'un rein extrait par néphrectomie secondaire.

M. Bazy. — Je continue à vous présenter des reins enlevés par néphrectomie, sans avoir eu au préalable recours à l'opération inutile et dangereuse du cathétérisme urétéral.

Il s'agit d'une demoiselle de quarante-deux ans, à qui j'avais fait le 24 décembre 1896 une néphrotomie pour pyonéphrose gauche. A ce moment l'état de la malade était tel qu'elle avait eu beaucoup de peine à se remettre du choc opératoire.

Ce n'est que par des doses massives de sérum que j'étais arrivé à la remonter.

Je dois dire qu'elle et sa famille avaient conservé de la première opération un souvenir tellement pénible qu'elles ne voulaient plus entendre parler de l'opération destinée à tarir les sécrétions purulentes et fermer le trajet fistuleux.

Pendant fort longtemps, il fut question d'une intervention secondaire, mais cela ne se décida qu'en présence d'une poussée inflammatoire nouvelle et sur les instances réitérées de mon élève et ami le Dr Houzé (de Nevers) qui était devenu son médecin.

Me souvenant de la première opération, je ne me décidai à faire la néphrectomie qu'après m'être bien assuré de l'état du rein sain.

Je commençai donc par l'épreuve du bleu de méthylène.

La piqûre est faite à 9 h. 40 du matin.

	COLORATION de l'urine.	ÉPREUVE de chromogène.
Après 30 m.	Très légère teinte verte.	Douteuse.
— 50 —	Légère teinte verte.	Teinte verte nette.
— 1 h. 5 —	Teinte un peu plus prononcée.	Teinte verte plus nette.
— 1 h. 35 —	Teinte vert foncé.	»
— 3 heures.	Teinte vert foncé qui persiste pendant environ 5 heures et décroît.	»

Je juge utile, en raison des circonstances, de m'entourer de précautions plus grandes et je fais l'épreuve de la phlorhydzine.

Voici ce qu'elle m'a donné :

L'injection est faite à 8 h. 5 min. La réaction par le liquide de Fehling donne :

A 8 h. 1/2 (après 25 minutes). . . . . . Teinte jaune.
8 h. 35 — 30 — . . . . . . Orangée rouge.
L'urine. De 8 heures, 8 h. 35 à 8 h. 55. Brune.
A partir de 9 h. 15, après 1 h. 20. . . . La réaction est nulle.

D'autre part, l'analyse de l'urine donnait les résultats suivants :

Couleur.	Jaune citron.
Aspect.	Trouble.
Réaction	Alcalin.
Densité.	1007.
Albumine.	Léger, louche dû aux leucocytes.
Glucose	Néant.
Pigments.	Néant.
Peptones.	Néant.

	URÉE DES 24 HEURES 1450 c. c. par litre.	par 24 heures.
Extrait à 100°.	19g70	28g56
Cendres.	7 20	10 44
Urée	10 88	15 77
Acide urique	0 31	0 44
Acide phosphorique	0 75	1 08
Chlorures.	6	8 70

Microscope : Cellules épithéliales, quelques leucocytes, abondants cristaux, phosphate ammoniaco-magnésien.

Il est certain que si je m'en étais tenu à l'analyse de l'urine, je n'aurais pas dû intervenir, ou du moins j'aurais dû être très réservé, car l'analyse n'est pas très favorable à une intervention.

Mais, m'en tenant à ce que j'ai dit, à savoir que la façon dont le rein sécrète vaut mieux que la quantité qu'il excrète, appliquant le proverbe : La façon de donner vaut mieux que ce qu'on donne, je n'ai pas hésité à opérer.

J'ai opéré le 12 juillet dernier.

La malade a très bien supporté l'opération, beaucoup mieux que la première qui n'était qu'une simple néphrostomie.

Pas de température,

La température s'est élevée le 16, mais c'était dû à l'irruption dans la plaie de matières fécales, due à une perforation intestinale, secondaire probablement, du côlon descendant. Grâce à des lavages abondants, la malade va bien actuellement.

J'ajoute qu'il ne m'aurait pas été possible de faire la cystoscopie et, à plus forte raison, le cathétérisme de l'uretère. La malade et aussi la vessie auraient refusé.

Le Secrétaire annuel,

AD. JALAGUIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 25 JUILLET 1900



Présidence de M. RICHELOT.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Un travail de M. A.-L. DUPRAZ (de Genève), intitulé : *Essai de classification des inflammations du cordon spermatique, à propos d'un cas de funiculite aiguë suppurée à colibacille.* Ce travail est renvoyé à une Commission : M. POTHERAT, rapporteur.

A propos de la correspondance.

Incision prérectale des abcès pelviens appendiculaires.

M. DELANGLADE (de Marseille). Je vous demande la permission de compléter en deux mots la troisième des observations que j'ai eu l'honneur de soumettre à la Société de chirurgie, il y a quelques semaines, sur *l'incision prérectale des abcès pelviens appendiculaires.* J'ai revu ce malade le 26 juin. Sa plaie était entièrement cicatrisée (cicatrice linéaire) depuis quelques jours, soit deux mois juste après l'opération. Le toucher rectal non plus que le palper abdominal ne dénotaient rien d'anormal. Par contre, une éventration s'était déjà produite au niveau de la première incision.

J'ai eu, d'autre part, des nouvelles du malade de l'observation II, qui continue à n'avoir aucun trouble.

Il me semble donc légitime d'ajouter aux autres arguments en

faveur de la voie prérectale dans les cas de ce genre, ce fait qu'elle ne cause pas les éventrations trop fréquentes dans les opérations à chaud faites par l'incision iliaque.

Taille hypogastrique. Mort par hématémèse.

M. Broca. — Dans la dernière séance, au cours d'une discussion, j'ai fait allusion à un cas d'hématémèse mortelle chez un malade opéré de taille hypogastrique par calcul vésical. Voici, *in extenso*, cette observation, sans commentaires :

B... (Auguste), soixante-cinq ans, a de bons antécédents héréditaires : sa mère est morte en couches à quarante ans; son père est mort de vieillesse à quatre-vingt-cinq ans. Quoique cocher, il n'est pas manifestement alcoolique. Toujours bien portant, — sauf le choléra en 1851 et une pneumonie en 1858, — il a commencé, il y a sept ans, à présenter des troubles de lithiase vésicale : douleurs caractéristiques, mictions diurnes fréquentes, petites hématuries répétées, le tout aggravé par les courses à pied et en voiture. En même temps, les urines laissaient déposer du sable ; il y a deux ans, fut rendu un calcul gros comme un noyau de cerise; enfin, le malade se décide à entrer à l'hôpital Bichat, le 6 octobre 1891, parce qu'il y a quinze jours, il a eu une forte hématurie qui commença le soir, à sa descente du siège, et dura toute la nuit.

Le repos eut vite raison des accidents : ils avaient cessé lors de l'admission. L'exploration me révèle immédiatement un gros calcul, lisse, dur, sonnant clair, évidemment uratique; les urines n'étaient pas purulentes. Il n'y avait rien à noter du côté des viscères, à part un léger degré d'emphysème pulmonaire. Etat d'embonpoint touchant à l'obésité.

Le 16 octobre 1891, je pratiquai la taille hypogastrique, j'enlevai un gros calcul uratique et je suturai la vessie, en laissant passer un gros tube en anse, abdomino-urétral. Au troisième jour, je remplaçai ce tube en anse par une sonde à demeure, qui deux fois se boucha, et la température monta alors à 38 degrés, en même temps que l'urine sortait par la plaie hypogastrique.

Mais ce furent là des incidents insignifiants, et tout allait bien localement, sans suppuration de la plaie, sans fièvre, lorsque le 22 octobre, au soir, survint une hématémèse abondante, qui sembla s'arrêter par l'usage de la glace intus et extra, par les piqûres d'ergotine. Le 2, au matin, je trouvai le malade très faible, très pâle, cependant encore possible à remonter ; mais le 24, l'hématémèse avec mælena se reproduisit et le malade succomba dans la soirée.

A l'autopsie, l'estomac et l'intestin étaient pleins de sang; aucune ulcération nette, pas de varices œsophagiennes, aucune rupture vasculaire évidente. Mais sur toute son étendue la muqueuse stomacale pré-

sentait une teinte vineuse très accentuée, et, en examinant la paroi par transparence, nous vîmes sur la grande courbure, à l'entrecroisement de deux vaisseaux assez volumineux, une exulcération large comme une lentille. Tout était normal, sans suppuration, au niveau de la plaie opératoire; la plaie vésicale était réunie, à part l'orifice par lequel passait le drain.

Le foie était d'aspect macroscopique normal, et on y trouva histologiquement de légères lésions de cirrhose au début. La seule lésion capable d'expliquer l'hématémèse est l'athérome artériel, très net sur les coronaires cardiaques, sur l'aorte; à l'examen histologique, il y avait de la sclérose rénale. Quant à l'estomac, la sous-muqueuse était toute infiltrée d'hémorragies interstitielles et ses vaisseaux étaient athéromateux.

A l'occasion du procès-verbal.

M. Quénu. — M. Potherat vous a présenté dans la dernière séance une observation de tuberculose du genou caractérisée par un épaississement synovial, qu'il a traitée par la synovectomie. M. Potherat ajoute que cette forme n'a pas été signalée au niveau des séreuses articulaires. Or, j'ai présenté en 1896 à cette Société une synoviale du genou tout entière, enlevée chez un malade, et présentant des caractères analogues à ceux que nous décrit M. Potherat. La note publiée dans les Bulletins a été écourtée et complètement insuffisante, mais l'observation complète a été publiée par M. Longuet dans la *Presse médicale* du 15 juin 1898. M. Legueu a également publiée dans la *Presse* en 1897 une observation de synovite tuberculeuse à forme végétante et hyperplasique.

Nous avions posé dans notre cas le diagnostic de corps étranger articulaire; il s'agissait en réalité d'un énorme épaississement fibreux de la synoviale avec induration régulière des culs-de-sac; sur cet épaississement régulier faisaient saillie les mamelons et plaques tubéreuses qui nous avaient donné la sensation de corps étrangers articulaires. Le malade opéré par synovectomie, comme celui de M. Potherat, guérit parfaitement. Il s'agit, en somme, d'une forme de tuberculose synoviale à évolution fibreuse.

M. Delorme. — J'ai observé plusieurs malades qui présentaient des épaississements très notables, très étendus de la synoviale sous-tricipitale, tuberculeux, à transformation fibreuse, avec ou sans tuméfactions surajoutées, de la grosseur d'une noisette ou d'une noix, analogues à ceux dont nous ont parlé MM. Potherat

et Quenu, traités par l'arthrotomie. Ces malades ont bien guéri, plus facilement et plus complètement que les tuberculeux à épaississements synoviaux fongueux.

M. Pierre Delbet. — Il me semble bien que les épaississements tuberculeux de la synoviale, du genre de ceux qui viennent d'être rapportés par MM. Potherat, Quénu, Delorme, sont signalés dans le livre de Kœnig : *Die Tuberculose der Knochen und Gelenke*, lequel date, je crois, de 1865.

M. Quénu. — Dans le travail que j'ai cité, cette question historique est traitée et je n'ai pas eu la pensée de revendiquer la moindre priorité.

Quant à l'observation de Kœnig, on a soupçonné la nature tuberculeuse, mais je ne sache pas qu'un examen histologique soit venu la démontrer.

M. Potherat. — Les recherches bibliographiques que j'ai faites ont été rapides. Cependant je n'avais rien trouvé dans les classiques, et la publication de M. Longuet m'avait échappé. Je suis heureux d'apprendre que des faits analogues au mien, quoique rares, existent très certainement. Je ferai remarquer que mon malade présentait un aspect macroscopique spécial de tuberculose synoviale à forme fibreuse, aspect qui n'est, sans doute, qu'un stade de l'évolution étendue signalée par MM. Quénu et Delorme. Ici l'affection était répartie en trois plaques unies, lisses, sans mamelons, sans végétations. C'est ce qui m'a permis de faire la résection de ces plaques, suivie de suture de la synoviale, et, par suite, de conserver la synoviale. J'ai obtenu la guérison avec retour *ad integrum* de l'articulation. Dans mon cas, la tuberculose s'est donc présentée exactement sous le même aspect que dans la péritonite chronique avec plaques et ascite.

Accidents tétaniques chez une laparotomisée. Difficultés du diagnostic.

M. Paul Reynier. — Messieurs, je viens vous apporter l'observation dont je vous avais parlé à propos de la communication de M. Routier. Par cette observation, je tiens à montrer la difficulté du diagnostic dans certains cas, et l'impossibilité où l'on est quelquefois d'avoir une certitude absolue qu'on s'est trouvé en présence d'un véritable cas de tétanos.

R..., dix-neuf ans, couturière, entrée le 22 avril, salle Gosselin.

La malade entre à l'hôpital pour de violentes douleurs abdominales.

Antécédents héréditaires. — Son père et sa mère sont bien portants.

Antécédents personnels. — Elle n'a jamais fait de maladie.

Réglée à quatorze ans et demi, elle l'a toujours été régulièrement; mais les règles étaient douloureuses, duraient de deux à trois jours, étaient peu abondantes et se composaient de sang liquide toujours mélangé de caillots; une leucorrhée abondante les précédait et les suivait.

La malade commença à souffrir du ventre en 1895; ses douleurs siégeaient surtout dans la fosse iliaque gauche et au niveau des reins et étaient augmentées par la fatigue.

Au début de 1897, elle eut des pertes d'un jaune verdâtre, épaisses, et qui ont été presque continuelles depuis; elle avait en même temps des envies fréquentes d'uriner, des douleurs très vives en urinant et des urines troubles et chargées.

Elle se marie en octobre *1897*, à l'âge de dix-sept ans, et elle voit alors ses douleurs abdominales augmenter.

Sur ces entrefaites, elle est examinée au spéculum par un médecin de l'hôpital de Saint-Denis, et, à l'occasion de cet examen, elle a une crise de nerfs qui dure environ une heure.

Elle a encore ses règles le 10 septembre 1897, mais elle ne voit plus ni en octobre ni en novembre.

Elle entre alors le 13 novembre 1897 à Lariboisière, où elle est hospitalisée salle Gosselin, n° 41.

Elle se plaint de nausées et de vomissements presque continus depuis quinze jours, de maux de tête fréquents et de légers accès de fièvre vespéraux.

Elle a toujours des douleurs abdominales et des symptômes de blennorragie vagino-utérine et vésicale.

Son état général est cependant satisfaisant.

On prescrit des injections vaginales bi-quotidiennes au sublimé et un tamponnement à la gaze iodoformée.

Les règles manquent encore en décembre et en janvier.

Le 21 janvier, la malade fait une fausse couche d'un peu plus de quatre mois. On continue les injections antiseptiques et la malade sort guérie le *2 février 1898*.

Quelque temps après, elle se fait infirmière, mais, à maintes reprises, elle a des crises d'hystérie qui l'obligent bientôt à quitter son service d'hôpital.

De nouveau, elle entre le *25 avril 1900*, à Lariboisière, salle Gosselin, lit n° 38.

Elle raconte que, quinze jours avant son entrée, sans avoir eu de retard et sans être au moment de ses époques, elle a perdu du sang en caillots durant une journée et qu'elle a recommencé à souffrir comme autrefois dans le bas-ventre et en particulier du côté gauche. Elle a eu ses dernières règles du 22 au 24 avril, c'est-à-dire à la veille de sa venue à l'hôpital.

La palpation abdominale est douloureuse, surtout dans la fosse iliaque droite, ce qui fait penser un instant à une appendicite.

Au spéculum, le col utérin présente une double ulcération qui éveille l'idée d'une opération de Schrœder, et il laisse écouler une quantité abondante d'un pus jaune verdâtre qui semble franchement gonococcique. Au toucher, l'utérus n'est pas mobile, les culs-de-sac sont douloureux et très empâtés, les trompes volumineuses.

L'état général est médiocre : la malade est amaigrie, n'a que peu d'appétit et ne dort presque plus.

Le traitement prescrit consiste dans le repos au lit, l'application de glace sur le ventre et une injection vaginale au permanganate, matin et soir.

Du 11 au 16 mai, après une période d'apyrexie presque complète, la température se met à osciller entre 38 et 39 degrés.

Le 16 mai, la malade a une très légère métrorragie; quelques jours après, elle présente les symptômes atténués d'une cystite peu intense qui cèdent à un lavage de la vessie et à l'administration d'une petite quantité de salol à l'intérieur.

Le *31 mai*, l'opération de la laparotomie est pratiquée par M. Reynier.

Incision sur la ligne médiane de l'ombilic au pubis. On tombe sur des adhérences très nombreuses et très serrées, surtout du côté gauche.

La décortication des trompes est très pénible, mais cependant les annexes sont enlevées de chaque côté, et en totalité, sans qu'il s'écoule une goutte de pus dans la cavité abdominale.

La suture de la peau fut faite avec des agrafes en nickel système Michel, que l'on employait pour la première fois dans le service, et qui furent mises en place par l'inventeur lui-même; elles avaient été stérilisées dans le formol.

On plaça vers le milieu de la plaie un drain de grosseur moyenne, entouré d'une mèche de gaze stérilisée qui s'enfonçait jusque dans le petit bassin et dont la partie cachée dans l'abdomen mesurait environ quinze centimètres.

On fit un pansement léger composé de quelques compresses de gaze stérilisée, d'un large champ opératoire en toile et d'une feuille de mackintosch, puis on appliqua une grande vessie de glace sur le ventre.

Les suites opératoires immédiates furent parfaites.

Le drain fut enlevé quarante-huit heures après l'opération et la mèche stérilisée seulement au bout de soixante-douze heures.

La malade, qui ne mangeait presque plus avant l'opération, retrouva l'appétit.

Le facies devint meilleur.

Depuis longtemps, la malade était en proie à une insomnie presque absolue; durant les trois jours qui suivirent immédiatement l'opération, on dut encore recourir le soir à l'injection d'une demi-seringue de Pravaz d'une solution de chlorhydrate de morphine au centième; mais dès le cinquième jour, on put renoncer, pour la faire dormir, à tout moyen artificiel.

La température resta constamment aux environs de la normale.

Le jeudi 7 juin, c'est-à-dire le 9e jour après la laparotomie, à la visite du matin, on trouva la malade plongée dans une crise de larmes motivée par une impossibilité de desserrer les mâchoires qu'elle avait constatée en se réveillant. On essaya d'écarter les deux maxillaires l'un de l'autre, mais ce fut en vain.

La malade avait en outre la face couverte d'une sueur abondante, qui perlait surtout à la partie supérieure du front et à la racine des cheveux.

Le thermomètre marquait 37 degrés.

Etant donné les antécédents de la malade, qui avait présenté plusieurs fois des crises d'hystérie avant son entrée dans le service, on admit que les contractures hystériques pouvaient siéger aussi bien sur les masséters que sur d'autres muscles et on pensa à un phénomène d'ordre purement nerveux survenant chez une névropathe dont une opération grave venait d'ébranler à nouveau la névrose d'une façon énergique.

On prononça bien le mot de tétanos, mais pour rejeter aussitôt l'idée que l'on pouvait se trouver en présence de cette affection, tellement il paraissait invraisemblable de mettre en cause le bacille de Nicolaier.

On essaya cependant de fléchir la tête; on y parvint aisément et sans effort, et, interrogeant la malade pour savoir si ces mouvements provoqués ne lui causaient point de douleur au niveau de la nuque, on n'obtint qu'une réponse négative.

Au début de l'après-midi, les muscles sterno-cléido-mastoïdiens commencèrent à se prendre; puis ce fut bientôt le tour des muscles de la nuque.

Vers cinq heures du soir, les muscles respiratoires furent aussi atteints. Et la malade commença à présenter de petites crises asphyxiques, de courte durée, séparées par de longs intervalles de calme.

La température atteignit seulement 38 degrés vers six heures.

On fit une injection de sérum antitétanique de 20 centimètres cubes, sous la peau de la cuisse droite, et on prescrivit du chloral; du soir au lendemain matin, la malade en prit 12 grammes.

Le vendredi matin, l'état général s'était aggravé. La face avait pâli, les traits étaient tirés, les yeux entourés d'un cercle noirâtre.

Les crises asphyxiques s'étaient rapprochées et devinrent bientôt subintrantes. La malade reposait sur le dos, dans une sorte de demi-coma, les membres supérieurs raidis, l'avant-bras légèrement fléchi sur le bras et le poing serré. Elle n'entendait rien et semblait totalement étrangère au monde extérieur; elle poussait seulement de temps à autre un cri plaintif, bref et assez aigu.

Pendant les crises d'asphyxie, la figure se violaçait et, comme chez les épileptiques, de la bave spumeuse apparaissait entre les lèvres.

Le thermomètre marquait 37°6 dans l'aisselle.

Pour tâcher de savoir si les contractures musculaires étaient d'origine hystérique ou avaient pour cause le tétanos, on la soumit, vers onze heures du matin, à l'anesthésie générale par l'éther. Il devint alors très facile d'écarter les deux mâchoires l'une de l'autre, et cette constatation parut devoir renforcer le diagnostic de phénomènes hystériques, fait la veille.

On ne crut pas utile d'injecter à nouveau du sérum antitétanique et on continua le chloral et le bromure de potassium.

Le soir, vers six heures, rien ne paraissait changé dans l'état de la malade.

Le pouls demeurait régulier et bien frappé.

Rien au cœur, rien dans les poumons.

La température atteignait 38°5.

Les crises asphyxiques se rapprochaient encore et présentaient une gravité sans cesse croissante.

La malade mourait à huit heures et demie du soir, au cours d'une crise plus particulièrement intense.

Douze heures après la mort, M. Decloux, chef de laboratoire à Lariboisière, préleva au niveau de la plaie une agrafe métallique et un peu de sérosité.

L'autopsie fut pratiquée par lui le dimanche 10 juin, à neuf heures et demie du matin, trente-sept heures après le décès.

L'abdomen était peu ballonné; quant on l'ouvrit, il ne s'échappa pas de gaz. Le côlon descendant apparut alors adhérent à la face profonde de la cicatrice abdominale sur une étendue de 5 à 6 centimètres. Des fausses membranes remplissaient le petit bassin, et il fut assez laborieux d'isoler l'utérus au milieu de ces adhérences; il y avait, en somme, de la pelvi-péritonite légère. On enleva un catgut au niveau de ce qui restait du ligament large de chaque côté, pour y rechercher le bacille de Nicolaier.

La rate était très volumineuse.

Les autres organes abdominaux et les organes thoraciques ne présentaient rien d'anormal.

Après avoir brûlé au fer rouge une portion de la face antérieure du cœur, on aspira la plus grande partie du sang contenu dans le ventricule gauche pour examiner sa toxicité à l'aide d'injections massives faites au cobaye et au lapin.

Le cerveau apparut légèrement congestionné à la superficie et sur une coupe verticale et antéro-postérieure. Les ventricules latéraux contenaient plus de liquide que normalement; on en retira une certaine quantité pour l'examen.

Il n'y avait de pus nulle part au niveau de la base de l'encéphale.

La moelle et ses enveloppes étaient fortement vascularisées. Le liquide céphalo-rachidien était légèrement trouble; on en remplit la moitié d'une pipette.

Examen bactériologique d'un cas de pseudo-tétanos,
survenu dans le service de M. le Dr Reynier, à l'hôpital Lariboisière.

Cet examen bactériologique a porté, en raison de la nature même de la maladie, cause soupçonnée de la mort, sur les points suivants :

1° Examen des bords de la plaie;

2° Examen du pus du péritoine et des catguts ou soie ayant servi à ligaturer la trompe;

3° Examen du sang du cœur;

4° Examen de la sérosité méningée et spinale.

1° Examen des bords de la plaie. A l'ouverture des bords de la plaie, pratiquée avec toute la rigueur nécessaire au point de vue bactériologique, nous trouvons la partie profonde du derme décollée par une sérosité roussâtre, extrêmement fétide.

Cette sérosité, prise dans une pipette, puis examinée et inoculée à une souris, nous a montré l'existence d'une bactérie volumineuse, ressemblant à première vue au bacille du tétanos, mais ces bâtonnets sont beaucoup plus gros, puisqu'ils mesurent en moyenne 1,2 μ de long sur 0,7 μ de large.

Les cultures obtenues après ensemencement de cette sérosité nous ont montré qu'il s'agissait là d'une bactérie de la putréfaction, du proteus vulgaris.

La souris est morte trois jours après, et nous avons constaté l'existence de ce bacille dans le pus du point d'inoculation, et dans les différents viscères, ainsi que dans le sang.

2° L'examen du pus du péritoine, pratiqué dans les mêmes conditions, nous a donné les résultats suivants :

Quelques bâtonnets identiques aux précédents;

De nombreux cocci que nous avons reconnu, par les cultures, être du staphylocoque doré;

Une souris inoculée est encore actuellement vivante.

3° L'examen du sang du cœur pris en assez grande quantité, 3 centimètres cubes environ, a été négatif. Les inoculations ont été confiées à M. le Dr Wlaëf : elles ne lui ont donné aucun résultat.

4° Le cerveau était très congestionné; il ne présentait nulle part de lésions purulentes; le liquide céphalo-rachidien était augmenté; il nous a donné le lendemain après repos, dans une pipette, un léger trouble à sa partie inférieure.

L'examen microscopique a montré, là encore, de nombreux leucocytes, et deux ordres de bactéries.

1° La bactérie primitivement signalée sous forme de bâtonnet volumineux, et que nous avons reconnu être le proteus vulgaris.

2° De nombreux cocci, quelquefois accolés sur les préparations, sous forme de diplocoques, et qui tout d'abord nous avaient fait penser au pneumocoque, mais qui, sur les cultures, ne nous ont donné que de nombreuses colonies de staphylocoques.

Dans ce dernier cas, nous devons ajouter que deux animaux, une souris et un cobaye, inoculés par injection sous-péritonéale, ne sont pas morts.

En résumé, il s'agit donc d'une sorte d'infection généralisée due à deux organismes : le staphylocoque doré et le proteus vulgaris; mais il faut ajouter que l'autopsie a été faite vingt-quatre heures après la mort et qu'il faut se demander si la putréfaction avancée du cadavre (abcès gazeux sous-péritonéaux) n'a pas été la cause de la généralisation *post mortem* du proteus. Remarquons aussi le peu de virulence du staphylocoque qui n'a tué aucun des animaux mis en expérience.

Si nous avons eu affaire à un tétanos, ce tétanos naissant dans un service entièrement mis à neuf, où jamais il n'y a eu de tétanos, où aucun tétanos ne s'est produit depuis, sur une malade qui, par le fait de son séjour prolongé dans la salle, n'a pu être infectée antérieurement, n'est pas sans surprendre et éveiller des craintes sérieuses. Car comment se mettre à l'abri de pareils accidents naissant au milieu de toutes les précautions antiseptiques les plus minutieusement prises?

D'un autre côté, si nous avons eu affaire à une méningite cérébro-spinale, comme le pensait primitivement M. Decloux, ce fait montrerait combien on doit, avant d'affirmer le diagnostic de tétanos, prendre de précautions, et ne poser le diagnostic qu'après les examens bactériologiques et les inoculations aux animaux.

En tout cas, cette observation démontre d'une façon bien nette les difficultés du diagnostic, dont j'avais parlé dans la dernière séance, et c'est à ce point de vue que j'ai tenu à vous la communiquer.

Discussion

De l'asepsie opératoire,

M. E. Kirmisson. — Messieurs, aucun de ceux qui font de la chirurgie ne peut rester indifférent à la discussion actuelle, car elle engage gravement notre conscience et notre responsabilité. Des assertions singulièrement importantes ont été produites.

M. Quénu pose en principe « la difficulté insurmontable pour le chirurgien de conserver ses mains stérilisables, et la nécessité, par suite, d'utiliser des gants imperméables (1) ».

Il précise nettement le fond de sa pensée, lorsqu'à la suite de sa communication il pose les questions suivantes :

1° « Est-il possible de stériliser en quelques heures des mains infectées ?

2° « Est-il possible qu'un chirurgien qui a pratiqué une opération septique soit autorisé à faire aussitôt après, et même le lendemain, une opération aseptique ? »

M. Terrier va plus loin encore, puisqu'il exige un intervalle de quarante-huit heures au moins entre toute opération septique et une opération aseptique.

Disons-le hardiment, Messieurs, si de pareilles propositions étaient l'expression de l'exacte réalité, ce serait la négation de la

(1) *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1900, p. 449 et suivantes.

chirurgie telle qu'elle est pratiquée à l'heure actuelle par l'immense majorité d'entre nous; ce serait, en tout cas, la condamnation sévère de la chirurgie telle que je la pratique journellement. Aussi me suis-je ému et me suis-je proposé de dresser la statistique de mon service pour vous la faire connaître et répondre ainsi au desideratum formulé par M. Quénu.

Il s'agit ici uniquement de la statistique de mon service à l'hôpital Trousseau, comprenant les années 1898 et 1899; car ma statistique des Enfants-Assistés a été publiée chaque année, de 1890 à 1897 dans la *Revue d'Orthopédie.*

Le total des opérations pratiquées dans le service intérieur en 1898 a été de 457, sur lesquelles on relève 28 décès. La mortalité brute a donc été de 6,12 p. 100.

Si nous cherchons quelles ont été les causes des décès, nous trouvons qu'ils se répartissent de la façon suivante :

Neuf malades sont morts à la suite d'appendicites graves opérées d'urgence, 1 à la suite d'une appendicite suppurée à foyer enkysté.

Deux morts sont survenues à la suite d'ostéomyélite.

Deux à la suite d'opérations pour occlusion intestinale.

Une à la suite de trépanation pour mastoïdite suppurée.

Deux morts sont survenues chez de jeunes enfants opérés de hernie inguinale volumineuse; l'un de ces enfants est mort de broncho-pneumonie; l'autre, opéré par M. Rieffel, le 20 avril 1898, a succombé le 1er mai à la diarrhée infantile.

Quatre morts sont survenues à la suite d'interventions pour des ostéites tuberculeuses, dont 2 causées par la méningite.

Deux enfants ont succombé à des suppurations diffuses.

Un est mort après une trépanation pour hémiplégie consécutive à une chute d'un deuxième étage.

Un est mort après ablation d'un sarcome costal.

Enfin, 3 autres enfants opérés, l'un pour un pied bot varus équin, les 2 autres pour des abcès froids, ont succombé, après leur passage en médecine, le premier de diphtérie, les deux autres de coqueluche et de tuberculose pulmonaire.

Pendant l'année 1899, le nombre des opérations a été de 587, sur lesquelles il y a eu 41 morts, soit une mortalité brute de 6,98 p. 100, c'est-à-dire un peu moins de 7 p. 100.

Un enfant opéré pour une coxalgie gauche avec abcès, a succombé à la rougeole. Un autre est mort de scarlatine, un troisième de fièvre typhoïde, un quatrième de broncho-pneumonie.

Un enfant, dont la face avait été écrasée dans un accident de voiture et auquel j'avais fait la suture osseuse pour une fracture

multiple et compliquée du maxillaire inférieur, a succombé rapidement.

Dans un autre cas, la mort a eu pour cause une fracture du bassin compliquée de déchirure de l'urètre. Deux malades sont morts d'ostéomyélite ; un, à la suite d'un mal de Pott avec abcès, un autre, à la suite d'une coxalgie suppurée.

Trois fois, la mort a été due aux complications mastoïdiennes ou méningées de l'otite moyenne ; 13 morts ont été causées par l'appendicite, dont 5 avec péritonite enkystée et 8 avec péritonites généralisées.

Deux morts ont été causées par une péritonite purulente, non appendiculaire, et 2 par une péritonite tuberculeuse.

Dans un cas, la mort est survenue à la suite d'une plaie pénétrante de l'abdomen opérée par M. Sébileau. Deux perforations intestinales, au cours de la fièvre typhoïde, ont occasionné la mort : l'une avait été opérée par M. Morestin, l'autre par M. Legueu.

Une mort est survenue à la suite d'une hernie étranglée opérée chez un enfant de dix mois.

Il y a eu, en outre, une mort par invagination intestinale avec sphacèle de l'intestin.

Une mort à la suite d'un sarcome de l'abdomen, pour lequel nous avions fait une laparotomie exploratrice.

Une mort à la suite d'une pleurésie purulente.

Une mort par lymphangite gangreneuse.

Une mort à la suite d'un volumineux abcès de la cuisse gauche chez un enfant de vingt et un mois.

Une mort par spasme de la glotte chez un enfant opéré de bec-de-lièvre double et compliqué de la lèvre supérieure.

Une mort par fracture du crâne chez un malade opéré d'urgence par M. Bouglé.

Je suis bien loin de donner ces statistiques comme des modèles ; elles ont du moins le mérite d'être des statistiques intégrales et non des statistiques expurgées, c'est-à-dire qu'elles renferment la totalité des malades opérés, et le nombre total des morts, quelle qu'ait été la cause du décès, quel que soit le nom de l'opérateur. En effet, presque tous nos jeunes collègues du Bureau central y figurent. Vouloir les éliminer, sous prétexte que leurs méthodes opératoires diffèrent des miennes, serait bien commode. En effet, les cas d'urgence pour lesquels on fait appel au chirurgien de garde, sont habituellement les plus graves ; rien d'étonnant, dès lors, qu'ils fournissent un chiffre élevé de mortalité. Les éliminer, ce serait certainement améliorer beaucoup la statistique, mais ne paraîtrait pas équitable.

Reste à indiquer les précautions que j'ai prises pendant cette période de temps pour préserver mes malades des infections possibles. Ces précautions ne diffèrent pas de celles qui sont observées par tous nos collègues : stérilisation des instruments, des fils et des objets de pansement. Comme beaucoup de mes collègues également, j'ai renoncé peu à peu à la soie pour n'avoir plus recours qu'au catgut stérilisé par l'alcool absolu et au crin de Florence. Lavage soigneux de la peau du malade à l'eau de savon, à l'éther et à l'eau phéniquée. Lavage prolongé des mains à l'eau chaude savonneuse, nettoyage très soigneux des ongles à la brosse, puis immersion prolongée dans l'eau phéniquée, immersion très fréquemment renouvelée au cours des opérations.

Si je suis resté fidèle à l'acide phénique, c'est justement pour éviter la mésaventure qui est arrivée à notre collègue M. Guinard, et qui vous a été rapportée par lui. La prétendue solution de sublimé qu'on lui présentait n'était autre chose que de l'eau pure colorée en bleu ; avec l'acide phénique, pareille supercherie n'est pas possible.

D'ailleurs, mes mains supportent bien le contact avec l'eau phéniquée, beaucoup mieux qu'avec le sublimé. Je pense, en effet, avec beaucoup de mes collègues, qu'on ne saurait imposer à tous les chirurgiens une formule unique pour la désinfection des mains. Il faut, en effet, tenir compte des susceptibilités individuelles.

La première des conditions nécessaires pour la désinfection de la peau du malade, aussi bien que pour celle des mains du chirurgien, c'est l'intégrité même de l'épiderme. Aussi, ai-je entendu avec plaisir M. Terrier s'élever contre l'emploi des brosses dures qui peuvent écorcher la peau. Chez les enfants, je ne cesse de m'élever contre ce procédé qui, en irritant l'épiderme, va directement contre le but qu'on se propose.

Dernièrement le hasard a réalisé, à ce point de vue, dans notre service, une expérience intéressante. Dans une même matinée, j'opérai deux enfants, l'un pour une appendicite à froid, l'autre pour une hernie inguinale. Or, le lendemain, tous les deux avaient une élévation considérable de la température et un érythème généralisé ; chez tous les deux la plaie opératoire a suppuré.

L'enquête à laquelle nous nous sommes livré nous a démontré que, par suite d'un changement de garçon de pharmacie, les deux malades avaient été lavés à la solution phéniquée forte, au vingtième, au lieu de la solution au cinquantième dont nous nous servons habituellement. Chez le plus jeune de ces enfants, opéré d'une hernie inguinale, l'absorption d'acide phénique a même été

assez considérable pour provoquer l'élimination d'urines verdâtres caractéristiques.

Ce que je dis de la peau du malade est applicable *a fortiori* aux mains du chirurgien. L'intégrité de l'épiderme est la première et la plus indispensable condition pour leur asepsie.

S'il y a des éraillures, des érythèmes, il y a, par là même, des sécrétions qui s'accompagnent forcément de la présence de microbes, et on ne saurait plus compter sur l'asepsie des mains du chirurgien. Il me paraît donc avant tout nécessaire de choisir un procédé de lavage et de désinfection qui laisse à chacun l'intégrité de son épiderme.

La disposition de mon service, comprenant deux salles pour les garçons et deux salles pour les filles, m'a permis, dès le début, de réaliser la division en malades suppurants et malades non suppurants, chacune de ces deux divisions possédant son personnel spécial d'élèves et d'infirmières. Moi-même, j'évite autant que je le puis de pratiquer dans une même séance des opérations aseptiques et des opérations septiques. J'ai, en effet, des jours distincts pour ces deux catégories d'opérations.

Mais là s'arrêtent les précautions que je prends; j'opère sans gants, sans masque, sans rien qui puisse gêner mon action opératoire, et je me préoccupe de mener mes opérations aussi activement que possible, persuadé que les chances de contamination et les dangers inhérents à la chloroformisation se multiplient singulièrement avec la durée de l'acte opératoire.

Jamais je n'ai obéi au desideratum formulé par MM. Quénu et Terrier, et d'après lequel un chirurgien qui a pratiqué une opération septique n'est pas autorisé à faire le lendemain une opération aseptique.

Je fais mon service chaque jour, et, plusieurs fois par semaine, il m'arrive de pratiquer des opérations aseptiques après avoir la veille fait les opérations les plus septiques, ostéomyélites, appendicites suppurées, mastoïdites, pleurésies purulentes. Jamais, jusqu'ici, je n'ai eu à m'en repentir; parmi les nombreux malades auxquels je fais des opérations aseptiques, cures radicales de hernies, appendicites à froid, ostéotomies, arthrodèses, sutures des os, il n'en est pas un seul que j'aie vu succomber à des accidents septiques. Sans doute j'ai vu, comme tous mes collègues, des éliminations de fils à la suite de la cure radicale des hernies, mais cela quand je me servais de fil de soie. Depuis que j'ai recours au catgut, la suppuration est tout à fait exceptionnelle; elle ne s'observe que chez de jeunes enfants chez lesquels il est si difficile d'éviter l'infection des pansements par les urines et les matières fécales.

Je suis donc résolu à persister dans la même manière de faire, en apportant encore plus de soin, si possible, dans le lavage des mains, qui me paraît la chose capitale.

Dans quelques mois, du reste, je me trouverai placé dans des conditions meilleures, puisque, au nouvel hôpital de la rue Michel-Bizot, j'aurai deux pavillons isolés pour les malades septiques et pour les aseptiques, possédant chacun une salle d'opérations spéciale.

Je prends l'engagement formel de communiquer chaque année à la Société de chirurgie la statistique intégrale de mon service, afin que chacun puisse juger en connaissance de cause dans un débat d'une pareille gravité.

Communications.

Cure radicale de hernie,

par M. PIERRE DELBET.

Messieurs, le qualificatif de communication est vraiment trop pompeux pour ce que j'ai à vous dire. Je veux seulement citer quelques chiffres qui me paraissent de nature à vous intéresser.

Nous regrettons tous de ne pas être suffisamment renseignés sur les résultats de nos cures radicales de hernies. Nous revoyons bien de temps en temps quelques-uns de nos opérés que la reconnaissance ou la récidive ramène vers nous, mais ils sont bien peu nombreux. La plupart disparaissent; ils s'évanouissent dans la foule anonyme sans que nous sachions leur sort.

Aussi, bien que nous soyons tous convaincus que les cures radicales sont des opérations efficaces, notre jugement sur leur valeur comporte une part d'incertitude. Nous en sommes réduits à des suppositions, à des appréciations vaguement hypothétiques, et en causant avec certains de nos collègues, j'ai pu constater que leurs appréciations sur ce point sont étrangement divergentes. Aussi m'a-t-il semblé que tout ce qui pourrait apporter dans cette obscurité une lumière, si faible qu'elle soit, serait bien accueilli.

Vous savez qu'il existe un service des bandages qui consiste à distribuer des bas aux variqueux et des bandages aux hernieux, Les opérés des hôpitaux qui ont des récidives doivent porter bandage tôt ou tard. C'est donc à la consultation des bandages qu'on doit retrouver les mal guéris qui ne vont pas revoir leur chirurgien.

Or, je suis chargé actuellement du service des bandages, et ce que je vous apporte, c'est tout simplement la statistique de ce service du 6 janvier au 9 juin.

Pendant ce laps de temps, j'ai distribué 1.516 bandages inguinaux à un millier de hernieux.

Je n'insiste pas sur le nombre de malades, car c'est par hernie qu'il faut compter. En effet, si un malade opéré des deux côtés récidive des deux côtés, cela fait incontestablement deux récidives.

Eh bien sur les 1.516 hernies, combien y en avait-il qui eussent été opérées? J'ai posé la question à certains de nos collègues. L'un m'a répondu mille, l'autre m'a répondu cent.

Messieurs, il y en avait sept.

Entendons-nous bien. Sur ces 1.516 hernies inguinales, il y en avait 1,509 qui n'avaient pas été opérées et 7 qui, ayant été opérées, avaient récidivé.

Pour les hernies crurales, la proportion est plus forte, ce qui, je crois, ne surprendra personne. Sur 70 hernies crurales, il y en avait deux récidives après opération.

De ces neuf hernies (inguinales et crurales) récidivées, trois avaient été opérées en province. La responsabilité n'en incombe donc pas aux hôpitaux parisiens.

Je serai discret, Messieurs. Je ne dirai pas par qui ont été opérées les six hernies qui ont récidivé. Mais alors même que je le dirais, ce qui serait très indiscret, personne de vous n'aurait rien à redouter de mon indiscrétion. Ce n'est pas à vous qu'incombe, au moins en tant qu'opérateurs, la responsabilité de ces récidives, car pas une de ces hernies récidivées n'avait été opérée par le chef de service. Ceci prêterait à des développements, mais je passe.

On peut dire, Messieurs, que les chiffres que je viens de vous citer ne prouvent rien de précis, et en effet, ils ne permettent pas de faire de pourcentage. Ils n'auraient de valeur mathématique que si nous savions exactement la proportion des hernieux qui se font opérer, et nous ne le savons pas.

Mais si l'on songe au nombre énorme de cures radicales qui sont faites dans les hôpitaux de Paris, on admettra je crois que si les hernies récidivées sont si rares à la consultation des bandages, c'est que les cures opératoires sont réellement radicales.

En tout cas, Messieurs, ces chiffres m'ont vivement frappé et j'ai pensé qu'ils vous intéresseraient.

M. Routier. — On peut objecter à la statistique de M. Delbet

le fait que, lorsqu'un malade opéré dans un service de cure radicale de hernie a une récidive, c'est dans ce service qu'il revient pour demander un bandage.

M. Lejars. — Pendant que j'étais chargé du service des bandages je n'ai guère vu sur plusieurs milliers de hernieux qu'une dizaine de récidives, et M. Mayet, expert chargé du service, m'avait fait remarquer que ces récidives devenaient extrêmement rares sur les opérés des dernières années.

M. Reclus. — Il est parfaitement exact que la plupart des opérés reviennent, lorsqu'ils sont atteints de récidive, demander un bandage dans le service où ils ont été opérés, et j'ai bien souvent fait remarquer à mes élèves combien peu fréquentes étaient ces récidives, même lorsque les opérations avaient été pratiquées par les procédés les plus simples.

M. Delorme. — J'ai fait un grand nombre de cures radicales de hernie, entre huit à neuf cents; j'ai suivi mes malades, je suis, par lettre, en rapport avec eux; ils doivent m'écrire six mois après l'opération, puis après une année, enfin après dix-huit mois.

Quand mes malades présentent des récidives pendant la durée de leur présence au régiment, ils se présentent à moi, le plus souvent. Je ne puis donner ici, de mémoire, la proportion exacte des succès fonctionnels, des guérisons solides et des récidives, mais ce que je puis dire, c'est que, d'après des souvenirs qu'il me serait facile de préciser, ces récidives ont été extrêmement rares.

Je partage l'opinion de M. Reclus sur l'inutilité des procédés compliqués; dans la plupart des cas, il m'a semblé que sur mes opérés, les récidives avaient été un peu plus fréquentes après l'emploi des méthodes qui intéressent la paroi qu'après celui des méthodes plus simples qui la ménagent.

M. Terrier. — Il y a une différence essentielle entre les opérations que nous faisons et celles que pratique M. Delorme qui opère des sujets jeunes et qui guérissent par les procédés les plus simples. Pour ma part, dans mon service, j'opère beaucoup de hernies ayant récidivé, et ce sont ordinairement des vieillards. J'emploie le Bassini, que je trouve excellent. Dans certaines conditions de relâchement excessif de la paroi, j'opère par laparotomie, sacrifiant le testicule et reconstituant soigneusement les divers plans de la paroi abdominale.

M. Poirier. — Si j'avais pu prévoir les choses excellentes que

vient de dire M. Terrier, je n'aurais pas demandé la parole. Ayant entendu dire par MM. Delorme et Reclus que les procédés les plus simples étaient les meilleurs, je désirais faire une restriction qui est dans l'esprit de nos collègues et dire : il est des hernies à anneau très large, à parois très amincies, contre lesquelles les procédés simples sont insuffisants. Cela vient d'être bien dit. Et si je le répète, c'est qu'il est des chirurgiens qui, contrairement à M. M. Delorme et Reclus, ne distinguent pas et appliquent résolument et obstinément le procédé simple à toutes les hernies.

M. Delorme. — J'accepte absolument les restrictions que M. Terrier a cru devoir faire au sujet de mes résultats. Je n'ai guère opéré que des adultes; mes conclusions ne pouvaient avoir trait et n'ont trait qu'aux interventions faites chez eux.

M. Terrier. — M. Delorme devrait dire jeunes adultes et hernies presque toujours congénitales.

M. Reclus. — La protestation de M. Poirier ne me paraît pas juste; j'ai voulu montrer par l'absence de récidive dans les cas simples que le procédé simple est excellent.

M. Paul Segond. — Je serais bien étonné si notre collègue, M. Delbet, en nous communiquant le document statistique dont il vient de parler, avait eu l'intention de nous convier à une discussion générale sur la cure radicale des hernies. C'est là une question beaucoup trop vaste pour se prêter ainsi à de simples escarmouches oratoires ; et si nous en voulons causer, j'imagine qu'il serait bon de remettre la chose à deux mois, de nous mettre en mesure d'aborder cette étude avec des documents personnels, et surtout de le faire sans mélanger des choses que tout sépare, telles, par exemple, que les petites hernies des jeunes et les grosses hernies des vieux hernieux. Ce sera le seul moyen de faire une besogne utile; et je serai d'autant plus heureux de dire, moi aussi, ce que je pense de la cure radicale des hernies que la mise au point de cette question m'a été confiée il y a dix-sept ans comme sujet de ma thèse d'agrégation; et depuis, vous imaginez bien que je n'ai rien négligé pour suivre les progrès de cette opération et documenter de mon mieux ce que j'en puis penser.

Si donc je prends la parole aujourd'hui, c'est uniquement parce que je fais partie des collègues auxquels M. Delbet avait fait l'honneur de soumettre officieusement sa statistique, et c'est, il voudra bien me le pardonner, pour lui dire que, si intéressants qu'ils soient, les chiffres qu'il nous a donnés me paraissent sans

grande conséquence. L'immense majorité des malades qu'il a observés au Bureau central sont en effet des non-opérés, et, dans l'espèce, la seule condition qui pourrait donner de l'intérêt à une statistique de cet ordre serait de la construire exclusivement avec des malades antérieurement opérés. Bref, la moindre statistique personnelle ferait ici bien mieux que toute autre chose; et s'il était encore possible de mettre en doute la valeur de la cure radicale, M. Delbet rétablirait bien plus vite la vérité en communiquant les résultats de sa pratique personnelle qu'en parlant des cohortes qui défilent au bureau central. D'autant, qu'en général, c'est à leur opérateur et point du tout au bureau ceutral que les hernieux opérés vont montrer leur récidive et demander leurs bandages.

M. Pierre Delbet. — Je suis un peu surpris de la tournure que la discussion a prise. Dans la courte note que je vous ai communiquée, il n'y a pas un mot de médecine opératoire, et cependant on a parlé presque exclusivement de technique. C'est là une très grosse question sur laquelle je ne veux pas me laisser entraîner.

M. Segond a dit que les renseignements que j'apportais étaient vagues. Je ne saurais accepter cette manière de voir. Les renseignements, les faits sont très précis. Quand un hernieux vient demander un bandage, il est fort aisé de voir et de savoir s'il a été opéré. Les chiffres que j'apporte ne sauraient donc être contestés et ils ne sont pas vagues.

Ce qui est vague, et c'est là sans doute ce que M. Segond a voulu dire, ce sont les conclusions qu'on en peut tirer. Cela, je l'ai déclaré et je croyais même l'avoir fait d'une façon très explicite. J'ai dit, en effet, que ces chiffres n'avaient pas de valeur mathématique et qu'ils ne permettaient pas de faire de pourcentage.

M. Segond a en outre exprimé le regret que je n'apporte pas ma statistique personnelle de cures radicales de hernies. Ceci est une tout autre question. J'estime que chez mes opérés, la proportion des récidives est de 2 ou 3 p. 100. Mais je ne saurais affirmer que cette proportion est absolument exacte, parce que je n'ai pas revu tous mes opérés de l'hôpital.

Mon ami Routier disait que les opérés qui ont des récidives viennent retrouver leur chirurgien. Il y en a, et je l'ai dit. Pour ceux-là nous sommes très exactement renseignés, c'est entendu. Mais ce que nous ne savions pas, ou du moins ce que je ne savais pas, moi personnellement, c'est ce qu'étaient devenus les opérés que je n'avais pas revus.

Quand j'ai été chargé du service des bandages, je me suis dit : « C'est là que je vais retrouver mes opérés et ceux de mes collègues

qui ont eu des récidives. » En effet, un hernieux qui s'est décidé à se faire opérer sait quels sont les inconvénients et les dangers de son infirmité. Il y a gros à parier que s'il a une récidive et qu'il ne se fasse pas réopérer, il portera un bandage. On devra donc le retrouver là où tous les hernieux misérables viennent chercher leurs bandages.

Or, j'ai constaté, et mon rôle a été là-dedans le rôle impersonnel d'un enregistreur, j'ai constaté que dans l'endroit où on a le plus de chance de retrouver les hernieux opérés qui ont des récidives, on en voyait extrêmement peu; j'ai constaté que parmi les neuf que j'y ai rencontrés, aucun n'avait été opéré par vous.

Je vous l'ai dit, parce que j'ai cru naïvement qu'il vous serait agréable de le savoir. S'il en est autrement, je n'insiste pas.

M. Berger. — Sur la question des récidives observées à la consultation du Bureau central, je puis ajouter que M. Mayet, vérificateur des bandages à cet établissement, qui me tenait au courant des récidives qu'il observait, était émerveillé de l'excellence des résultats; d'autre part, comme l'a dit M. Lejars, il avait remarqué que le nombre des récidives diminuait d'année en année. Au lieu de 35 cas environ qu'il avait observés par an au début de la cure radicale, il n'en trouvait plus que 6 ou 7 par an, dans les dernières années; la conclusion à tirer de ces remarques est que le procédé opératoire et l'habileté des opérateurs s'étaient rapidement perfectionnés.

M. Arrou fait une communication sur treize cas d'*hystérectomie abdominale pour fibrome, avec treize guérisons.* — M. Monod, rapporteur.

Rapport.

Sur une observation de grossesse extra-utérine,

par M. PIERRE DELBET.

Messieurs, vous m'avez chargé de vous faire un rapport sur une observation de *grossesse extra-utérine* qui nous a été envoyée de Smyrne par M. Psaltoff.

Femme de vingt-huit ans, ayant eu antérieurement quatre grossesses normales. Cessation des règles depuis trois mois et

demi. Douleurs abdominales vives, hémorragies abondantes depuis vingt-cinq jours ; fièvre depuis quatre jours. M. Psaltoff constate que le col est ramolli, que le corps est augmenté de volume, qu'il existe, à gauche, une tumeur de la dimension d'une orange, et que le sang qui s'écoule de la matrice renferme des débris « semblables à ceux de la caduque ». Il pose le diagnostic de grossesse extra-utérine, fait la laparotomie suivie de marsupialisation, et sa malade, après avoir présenté quelques accidents pulmonaires, guérit sans encombre.

M. Psaltoff termine son observation en disant : « Le cas est intéressant dans ce sens que c'est la première fois qu'on a eu, à Smyrne, l'occasion d'opérer un cas de grossesse extra-utérine d'après un diagnostic précis, et ce qui est surtout remarquable, c'est le ramollissement bien évident du col de la matrice qui fut le premier phénomène qui nous a ouvert la voie pour le diagnostic. »

De ces deux constatations, la seconde, le ramollissement du col, n'a rien de bien nouveau ; quant à la première, elle n'a rien de bien scientifique. Mais elle nous montre que M. Psaltoff est le champion de la gynécologie moderne en Asie-Mineure. Félicitons-le de tenir ce rôle dans ce beau pays et remercions-le de nous envoyer les faits intéressants de sa pratique.

Messieurs, je terminerais là mon rapport si, dans la brève observation de M. Psaltoff, je ne remarquais un point mentionné sans commentaire et qui me paraît présenter un certain intérêt.

Avant l'opération, la malade avait 39°5 depuis quatre jours. Notez que le kyste fœtal n'était pas rompu. En effet, M. Psaltoff décrit son opération de la manière suivante : « L'opération confirma l'exactitude de notre diagnostic, c'est-à-dire qu'il s'agissait d'une grossesse extra-utérine tubaire gauche de trois mois et demi environ. Après avoir enlevé le fœtus et la masse sanguine, nous avons fait le tamponnement de la cavité en opérant la marsupialisation de la poche. »

Les faits de ce genre ne sont, certes, pas nouveaux ; je ne crois même pas qu'ils soient très exceptionnels. Cependant, ils sont peu connus. Dans le traité si complet de M. Pozzi, je ne trouve guère que ce passage qui puisse s'y rapporter : « Les douleurs prennent un caractère expulsif, à un moment plus ou moins éloigné de l'époque où l'accouchement devait avoir lieu. Le kyste peut alors se rompre dans l'abdomen, ce qui est rare, sauf, toutefois, quand le fœtus est mort et que le kyste fœtal est infecté, et la malade peut succomber à la péritonite aiguë ou chronique, affectant parfois les allures de la septicémie. » L'allusion est très indirecte.

On décrit partout les ruptures suivies d'infection, c'est-à-dire les hématocèles suppurées et les péritonites consécutives. Mais ce ne sont pas ces accidents-là que je vise. Je veux parler des faits où le kyste fœtal s'infecte sans s'être rompu.

On sait que, dans les grossesses utérines, l'œuf, même après la mort du fœtus, ne s'infecte pour ainsi dire jamais.

Il n'en est pas de même dans les grossesses extra-utérines. L'œuf peut s'infecter et je suis même tenté de croire que cette infection n'est pas très rare, car je l'ai observée deux fois.

Permettez-moi de vous rapporter ces faits. Il n'y en a malheureusement qu'un sur lequel j'aie des notes complètes. Le voici :

Il s'agissait d'une femme de vingt-cinq ans, atteinte de bronchite chronique, qui souffrait du ventre depuis la puberté, bien que ses règles fussent régulières. Les dernières règles se produisirent le 24 juin 1899. La malade estima qu'elle était enceinte, et, à diverses reprises, des douleurs l'obligèrent à rester au lit. Le 26 octobre, quatre mois par conséquent après les dernières règles, se produisit une hémorragie utérine très abondante. Dans le sang perdu, on trouva un caillot volumineux qu'un médecin déclara être le fœtus.

Le 6 novembre, la malade se lève, et se trouvant toujours mal en point, va à la consultation de Cochin, où on lui dit qu'elle a probablement une tumeur.

Son état s'aggrave, et, le 15 novembre, elle entre à la maison Dubois, avec une température de 39°8. Je remplaçais alors mon ami Walther. Je vis la malade le lendemain matin. Elle avait l'aspect profondément infecté, très pâle, avec de l'herpès sur les lèvres. La température était de 38°9, le pouls à 120, mais fort et bien frappé. Il n'y avait, du reste, aucun signe de péritonite, pas de vomissements, selles régulières et la malade prenait sans dégoût environ deux litres de lait par jour.

L'abdomen était distendu par une tumeur arrondie, volumineuse, rénitente, peu sensible à la pression, qui remontait à un travers de doigt de l'ombilic, plus développée du côté gauche que du côté droit.

Col mou, entr'ouvert, laissant pénétrer le doigt. Il était difficile de circonscrire le corps de l'utérus ; toutefois, la tumeur paraissait surajoutée et en partie indépendante.

Je rappelle que la malade disait avoir fait un avortement et affirmait qu'un médecin avait constaté l'issue du fœtus. Confiant dans cette affirmation, je pensai qu'il s'agissait d'une rétention placentaire dans un utérus fibromateux. Il fut convenu que si la température restait élevée le soir, les internes feraient une injection intra-utérine et au besoin un curettage.

Le soir, la température étant montée à 39°4, MM. Rastouil et Chevalier voulurent exécuter la prescription ; mais trouvant le col fermé, ils s'arrêtèrent.

Le lendemain, je constatai que l'utérus était vide, et, pensant alors qu'il s'agissait d'une grossesse extra-utérine, je fis immédiatement la laparotomie.

L'incision médiane me conduisit dans une poche complètement adhérente à la paroi et d'où s'échappa un liquide sanguinolent très fétide. J'extirpai de cette poche un fœtus macéré de trois mois et demi environ, je tamponnai la cavité avec de la gaze stérilisée, puis je rétrécis l'orifice par quelques points de suture. L'opération fut des plus simples et se termina sans que le péritoine fût ouvert.

Je passe rapidement sur les suites, qui furent fort tristes. Malgré les injections de sérum, malgré les lavages à l'eau oxygénée, la température resta élevée. La malade ne put faire les frais de l'élimination de ce placenta et de cette poche profondément infectée. A diverses reprises, ses poumons s'embarrassèrent et elle succomba vingt-quatre jours après l'intervention.

Dans mon autre cas, les difficultés de diagnostic furent d'un autre ordre. Les symptômes au moment où je vis la malade étaient presque les mêmes que dans le cas précédent. Fièvre septicémique sans péritonite avec une grosse tumeur abdominale en partie indépendante de l'utérus. On pouvait sentir que la tumeur n'était pas constituée par l'utérus hypertrophié en masse, mais qu'elle était adhérente à l'utérus.

Dans ce cas, les pertes avaient été continues. Peut-être avons-nous été trompés par la malade, mais, en tout cas, d'après son dire, il n'y avait eu aucun symptôme de grossesse, si bien qu'après avoir agité l'hypothèse d'une grossesse extra-utérine, je la rejetai à peu près pensant plutôt qu'il s'agissait d'un fibrome en voie de sphacèle.

Il me semble, Messieurs, que ces faits d'infection du kyste fœtal dans la grossesse extra-utérine, mériteraient d'être mieux étudiés, et il est probable que si nos collègues de la Société de chirurgie voulaient apporter les faits qu'ils ont observés, nous arriverions vite à des notions plus précises sur cette question.

Le point de vue pathogénique est intéressant. J'ai rappelé que le kyste fœtal utérin ne s'infecte pour ainsi dire jamais, même après la mort du fœtus, tant que les membranes restent intactes.

Récemment M. Veaudelle a présenté une thèse sur l'infection du liquide amniotique pendant la grossesse, mais il n'a pas observé de faits probants, et M. Pinard pense qu'un œuf dont les membranes sont intactes ne peut pas s'infecter.

Aujourd'hui nous savons, grâce aux recherches toutes récentes et fort intéressantes de M. Cornil et de Couvelaire, que les membranes, dans les grossesses extra-utérines, se constituent comme dans les grossesses utérines. Faut-il admettre que ces membranes, bien qu'ayant la même constitution, se laissent plus facilement traverser par les microbes? Je ne le crois pas. Il me paraît bien plus problable que le kyste extra-utérin se fissure et que l'infection se fait par les fissures. S'il en est ainsi, il n'est pas tout à fait exact au point de vue anatomique et pathogénique de dire que le kyste s'infecte sans s'être rompu. Mais s'il existe une solution de continuité, elle ne s'accuse par aucun des signes habituels. Cliniquement, il n'y a pas de rupture, et c'est ce qui fait l'intérêt de ces cas-là.

D'où viennent les agents infectieux? Je n'ai pas étudié les espèces microbiennes qu'on rencontre dans les kystes infectés, et je ne connais pas de cas où cette étude ait été faite. L'odeur du pus indique, à n'en pas douter, qu'il contient des anaérobies. et il me paraît bien probable qu'ils viennent de l'intestin par les adhérences.

Quant aux signes cliniques qui révèlent cette infection, ce sont naturellement des accidents septicémiques.

Lorsque les symptômes antérieurs font penser à une grossesse extra-utérine, le diagnostic est facile. Dans le cas contraire, il devient très difficile, mais il n'est peut-être pas impossible. J'incline même à penser qu'on le fera assez aisément quand ces faits là seront mieux connus.

C'est toujours la même histoire. Il faut des circonstances exceptionnelles pour que l'on fasse le diagnostic des affections que l'on connaît mal et sur lesquelles l'attention n'est pas éveillée. Dès qu'elles sont mieux connues, la sagacité s'aiguise et on les devine, quelquefois même lorsqu'elles n'existent pas.

En tout cas, quand on trouve dans l'abdomen une tumeur d'un certain volume, adhérente, emplissant le cul-de-sac de Douglas et déterminant des accidents septicémiques, il faut penser à la possibilité d'une grossesse extra-utérine infectée sans rupture.

J'ai terminé, Messieurs. Il ne me reste plus qu'à vous pro poser, en manière de conclusion, d'envoyer nos félicitations à M. Psaltoff.

Présentation de malades.

Anévrisme de la sous-clavière droite.

M. Monod présente un homme de quarante-trois ans atteint d'un anévrisme volumineux de la sous-clavière droite ; il fait remarquer que la tumeur dont le début remonte à quatre ans, qui est animée de battements expansifs, ne présente pas trace de souffle. Il est à craindre que l'anévrisme ne soit fusiforme, que la circulation ne soit très large et par conséquent la circulation collatérale peu développée.

Il demande à ses collègues leur avis sur la conduite à tenir.

M. Routier. — J'avais fait une erreur de diagnostic dans un cas du même genre. Je croyais à un ganglion siégeant dans le plexus brachial; après incision des couches superficielles, je reconnus mon erreur et je refermai mon incision. La malade guérit. Mais comme j'avais oublié deux crins de la suture, des érosions se produisirent, point de départ d'un érysipèle. Depuis cette époque, la malade est radicalement guérie.

M. Guinard. — J'ai publié une douzaine de cas d'opération de Brasdor pour des cas de ce genre, je crois que chez le malade de M. Monod il y a une indication de la double ligature de la carotide et de l'axillaire, et cela, malgré la disposition fusiforme de l'anévrisme ; le volume de la poche ne me paraît pas une contre-indication, au contraire. Dans mes douze opérations, je n'ai observé ni paralysie ni trouble trophique nouveau du fait de l'opération.

M. Monod. — Ce malade a déjà une paralysie complète de la main ; d'autre part, un malade que j'ai opéré avec M. Guinard par la méthode de Brasdor a guéri, mais avec une paralysie semblable.

Autoplasties multiples.

M. Pierre Delbet. — J'ai l'honneur de vous présenter un malade qui avait une brûlure profonde de toute la surface de la jambe. Il était tombé dans une chaudière d'eau bouillante. Le pied avait été en partie protégé par des savates, mais la jambe était profondément brûlée depuis le genou jusqu'au tarse. La peau et le tissu

cellulaire sous-cutané avaient été entièrement détruits; partout les muscles, les tendons et les aponévroses étaient à nu. C'était un de ces cas, pour lesquels, récemment encore, l'amputation aurait paru inévitable.

Quand je vis le malade, la brûlure datait de quatre mois. Il n'y avait aucune tendance à la réparation. Sa jambe était fléchie sur la cuisse, son pied étendu sur la jambe. La septicémie, l'acuité des douleurs l'avaient réduit au plus misérable état qui se puisse imaginer.

Voici, Messieurs, comment j'ai procédé pour réparer cette énorme plaie. J'ai suivi une règle que je me suis faite pour toutes les plaies très étendues et surtout pour les plaies circulaires.

J'ai commencé par faire une greffe italienne longitudinale s'étendant du creux poplité au talon. J'ai pris à la face postérieure de la cuisse le vaste lambeau que vous voyez et qui mesure 29 centimètres de long sur 5 à 6 de large.

Ce lambeau constituait un pont souple, élastique, destiné à mettre à l'abri de la rétraction et des constrictions qu'on observait, dit-on, jadis, à la suite des plaies circulaires.

J'ai ensuite comblé le reste de la plaie par des greffes de Thiersch. Comme bien vous pensez, il a fallu plusieurs séances opératoires pour arriver à tout fermer.

Vous pouvez constater qu'actuellement la réparation est complète. Tout est cicatrisé sans qu'il y ait aucune tendance à la stricture. On voit les muscles jouer sous les greffes, et le pied n'est pas œdémateux.

Ce cas prêterait à de longs développements dans lesquels je ne veux pas entrer aujourd'hui. Je vous demanderai la permission d'y revenir en vous présentant d'autres malades du même genre.

Kyste végétant de l'ovaire avec propagation à l'épiploon. Laparotomie. Abouchement de l'uretère dans le cæcum.

M. Michaux. — La malade que j'ai l'honneur de vous présenter, C... L..., âgée de trente-deux ans, couturière, est entrée dans le service le 2 avril 1900, souffrant de douleurs abdominales intenses. Voici son observation :

Laparotomie. Résection de l'épiploon. Curage du petit bassin. Section de l'uretère droit englobé dans la tumeur. Abouchement de l'uretère dans le cæcum. Guérison.

Antécédents personnels. — La malade raconte qu'elle souffre depuis

sept ans environ de douleurs abdominales. Ces douleurs reviennent par intervalles, sous forme de crises. Elles siègent au niveau de l'hypogastre et dans les deux fosses iliaques. Ce sont des douleurs continues avec des irradiations dans les flancs et vers la racine des cuisses.

Ces douleurs ont beaucoup augmenté d'intensité trois semaines avant son entrée à l'hôpital; la malade souffre d'une manière continuelle, au niveau de son épigastre et de la région lombaire. Elle est contrainte d'abandonner son métier de couturière et de cesser bientôt tout travail.

Règles. — Toujours bien réglée. Règles abondantes, non douloureuses. Dans les derniers mois qui ont précédé son entrée, la malade souffrait beaucoup au moment de ses époques. Leucorrhée abondante. Les dernières du 22 au 28 mars, plutôt moins abondantes que de coutume, dit-elle.

Grossesses. — Une grossesse il y a huit ans. Enfant très bien portant. Pas d'autres enfants. Pas de fausses couches.

État actuel. — On trouve un ventre très tendu, mais non douloureux, se laissant déprimer assez facilement. On trouve, à la palpation, dans la profondeur, quelques nodosités qui roulent sous le doigt, et des masses irrégulières occupant le fond de la fosse iliaque droite.

Il n'y a pas d'ascite appréciable.

Au toucher, on trouve une masse volumineuse et très dure dans le cul-de-sac droit. Il est très difficile de se prononcer sur les connexions de cette masse avec l'utérus. Celui-ci est refoulé en masse vers la gauche et fortement immobilisé.

L'état général est bien conservé. La malade est un peu fatiguée, mais son aspect est bon; elle n'est pas anémiée.

Le diagnostic est hésitant, mais à cause des douleurs qui deviennent de plus en plus intenses, on se décide à l'intervention.

Opération. — Elle est pratiquée le 3 avril 1900. Chloroforme.

Laparotomie médiane. — A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule une petite quantité de liquide ascitique, jaune citrin. Cette ascite, d'ailleurs peu marquée, était restée inaperçue à l'examen clinique.

Immédiatement, on tombe sur le tablier épiploïque, qui forme une masse compacte et irrégulière, un véritable tablier farci de nodules indurés présentant les couleurs les plus variées. Ce sont des kystes contenant un liquide jaunâtre et dont le volume varie d'une noisette à celui d'une noix.

La masse épiploïque adhère en bas à la symphyse et au dôme vésical. Trois clamps sont placés à ce niveau. Il n'y a pas d'adhérences sur les côtés. L'insertion supérieure de l'épiploon est saisie entre plusieurs pinces; la masse est réséquée et les ligatures soigneusement pratiquées avec du catgut.

L'épiploon enlevé, on tombe sur le petit bassin, qui est farci de masses végétantes. L'ovaire droit forme une tumeur du volume des deux poings, présentant tout à fait l'aspect d'un chou-fleur. La surface de cette masse est blanchâtre, molle, très friable : cela ressemble tout à fait à du frai de grenouille.

On trouve des masses analogues, mais beaucoup moins volumineuses, au niveau de l'ovaire gauche et sur le péritoine avoisinant.

Les ovaires, les trompes, puis l'utérus, sont enlevés après isolement de la vessie. Ce temps de l'opération est rendu très difficile par les adhérences étroites et résistantes qui unissent la vessie aux parties avoisinantes. On n'y parvient qu'après une dissection longue et laborieuse.

Quand toute la masse a été enlevée, on place soigneusement des ligatures au niveau des différents pédicules. Au moment de lier toute la partie incluse dans le clamp droit, l'attention est attirée par un petit orifice blanchâtre, béant entre les mors de la pince. Malgré l'étroitesse de l'orifice, on suppose que c'est l'uretère : le clamp est desserré, et l'on aperçoit, faisant suite au point suspect, un gros cordon blanchâtre qui va se perdre au milieu de quelques végétations subsistant à ce niveau. C'est évidemment l'uretère, complètement inclus à ce niveau, dans la masse kystique.

On décide aussitôt d'aboucher l'extrémité supérieure du conduit dans le cæcum. On commence par débarrasser le péritoine des dernières masses végétantes qui l'ont envahi à ce niveau; puis on pratique l'abouchement de l'uretère dans la face antérieure du cæcum, un peu au-dessus de l'origine de l'appendice. La paroi intestinale est incisée sur une étendue de 4 à 5 millimètres. On introduit dans l'orifice l'extrémité de l'uretère et on réunit les deux organes par 9 ou 10 points séparés à la soie très fine. La portion de l'uretère introduite dans le cæcum mesurait environ 4 à 5 millimètres.

L'hémostase est des plus difficiles et demande un temps assez long. Avant de refermer l'abdomen, on établit un drainage vaginal au moyen d'une grosse mèche de gaze iodoformée. Puis la paroi est suturée, en un plan, à l'aide de quatre fils d'argent et d'une série de greffes métalliques. On maintient un drainage abdominal avec une mèche de gaze iodoformée.

Les suites opératoires ont été bonnes. Le premier jour seulement la malade souffrait beaucoup. La température restait aux environs de 38 degrés. Le pouls entre 120 et 130. On met de la glace en permanence sur le ventre et on fait du sérum.

L'état s'améliore rapidement sous l'influence de ce traitement et, au bout de quelques jours, la malade est en très bon état.

Les urines rendues dans les premiers jours varient comme quantité entre 400 et 600 grammes. Elles sont troubles, mais ne renferment rien d'anormal. En très peu de temps, la quantité d'urine s'élève à 1.000 grammes et au-dessus.

L'état général s'améliore également très vite.

La malade sort le 27 juin 1900 en excellent état. Elle a complètement repris ses forces, ne souffre plus du tout. Elle a l'aspect de la santé la plus florissante. Il persiste encore un petit trajet fistuleux au niveau de la plaie abdominale. Ce trajet est actuellement oblitéré.

Examen histologique. — En coupant les pièces, après l'opération, on voit qu'elles sont formées d'une série de masses kystiques, séparées

par des parties dures et épaissies, couvertes, en certains points, de végétations. C'était bien l'apparence des kystes malins de l'ovaire.

L'examen histologique a confirmé cette prévision, en montrant que les cavités kystiques avaient une structure nettement épithéliale. Cette disposition est particulièrement remarquable au niveau des masses épiploïques. On voit sur les coupes une véritable dentelle, dessinée par les parois des aréoles kystiques. Ces parois sont tapissées par des cellules épithéliales cubiques, formant un revêtement continu, et se colorant très facilement. Dans la lumière des petits kystes, on trouve de place en place de petits amas constitués par des éléments arrondis qui sont très vraisemblablement des cellules épithéliales desquamées.

Cette observation nous paraît intéressante et instructive, non seulement parce qu'elle constitue un bel exemple de ces kystes végétants et véritablement malins de l'ovaire, qui envahissent avec une rapidité extrême les tissus avoisinants, mais surtout par ce fait que nous avons été amené à pratiquer un abouchement de l'uretère dans le cæcum et que cette intervention a été suivie d'un succès complet. La suture urétéro-cæcale a fort bien tenu et il ne s'est pas écoulé une goutte d'urine dans la cavité péritonéale. Mais ce qu'il y a de remarquable, c'est que, ni les fonctions urinaires, ni les fonctions digestives, n'ont subi un trouble quelconque, par suite de l'abouchement de l'uretère dans l'intestin.

Par son rein gauche, la malade urine quotidiennement une quantité variant de 800 à 1.500 grammes, un litre en moyenne. Ces urines ont été analysées et ont présenté des caractères absolument normaux. Le rein droit se déverse en totalité dans le cæcum. Mais il n'en résulte aucun trouble dans le cours des matières fécales.

Dans les premiers temps, les selles étaient molles, parfois un peu diarrhéiques. Il n'en est plus rien maintenant. La malade rend des matières moulées et rien ne peut faire soupçonner que l'un de ses reins déverse sa sécrétion dans le gros intestin.

La malade a été revue aujourd'hui même. On ne sent pas le rein droit à la palpation. La malade va parfaitement bien.

M. Richelot. — Je puis citer un cas du même genre. Il s'agissait aussi d'un épithélioma végétant de l'ovaire avec granulations épithéliales diffuses étendues à toute la cavité abdominale; la guérison a été parfaite.

M. Quénu. — Il y a bien des années que j'ai soulevé cette question et j'ai fait remarquer, à propos de ces guérisons singulières,

que l'on trouve parfois à côté de tumeurs épithéliales végétantes des granulations qui, examinées histologiquement, ne contiennent pas trace de tissu épithélial. Cela ne veut pas dire que les éléments épithéliaux n'aient pas existé à l'origine dans ces granulations. Mais cela prouve que le péritoine est doué d'une grande puissance d'enkystement et que cet enkystement peut aboutir à la transformation fibreuse des éléments néoplasiques.

M. Michaux. — Chez ma malade, l'examen histologique a été très complet et a montré partout les formes épithéliales les plus nettes.

M. Terrier. — Dans une discussion déjà ancienne sur cette question, Nicaise et moi avons cité le fait d'une dame opérée par nous jadis à la Salpêtrière et chez laquelle la laparotomie nous avait montré l'existence d'une tumeur multiloculaire végétante. Nous avons refermé le ventre purement et simplement. La guérison se fit sans incident et je crois bien que la malade est encore en vie. Les faits du même genre ne sont pas rares et la plupart d'entre nous en ont observé. Ces faits sont surtout intéressants si l'examen histologique a été pratiqué, car on peut très bien avoir eu affaire à des tuberculoses, productions qui guérissent souvent par simple laparotomie.

M. Richelot. — J'ai pratiqué, il y a deux ans, une opération incomplète pour une tumeur végétante de l'ovaire droit, la malade a complètement guéri, mais une tumeur du même genre vient de se développer à gauche. Je l'ai opérée de la même manière et j'espère qu'elle va guérir.

M. Quénu. — Cette évolution curatrice de certaines productions épithéliales de l'ovaire est bien connue et a été démontrée par Malassez. Il s'agit d'une véritable dégénérescence scléro-graisseuse tout à fait analogue au processus de guérison des formations tuberculeuses et tout à fait différente de ce que l'on observe dans les épithéliomas des autres organes.

M. Lucas-Championnière. — A l'appui de ce que vient de dire M. Terrier sur l'évolution mystérieuse de ces tumeurs, je rappellerai le fait d'une malade opérée en 1887 avec lui. Une énorme tumeur végétante remplissait le petit bassin, l'épiploon était envahi. Nous avons purement et simplement refermé le ventre, et la malade, qui avait guéri de son opération, est morte tout récemment après avoir survécu treize ans.

Je connais une autre malade qui porte depuis vingt ans une tumeur végétante avec ascite. Cette ascite se résorbe et les accidents s'amendent dès que la malade garde le lit quelques jours.

M. GUINARD. — Je me demande si l'uretère de la malade de M. Michaux n'est pas bouché, car il m'est impossible de comprendre que l'écoulement de l'urine dans le cæcum puisse se faire sans donner lieu à de la diarrhée.

M. MICHAUX. — Le rein droit de ma malade semble normal, toutefois, comme je n'ai pas fait pratiquer l'analyse des garde-robes, il peut rester un doute à ce point de vue. J'aurai soin de compléter l'observation.

Plaie de l'artère fessière. Ligature de l'artère iliaque interne.

M. MAUCLAIRE présente un malade porteur d'une plaie de l'artère fessière à son origine, à la suite d'une plaie de la région sciatique par coup de couteau. Ligature de l'artère iliaque interne. Guérison.

Section de la branche profonde du nerf radial.

M. MORESTIN. — Section de la branche profonde du nerf radial dans l'épaisseur du court supinateur. Suture des deux bouts. Guérison.

Présentation de pièces.

Innocuité de l'ouverture large de la cavité pleurale, dans le cours de l'ablation d'un chondrome costal.

M. BAZY. — Je vous présente un chondrome récidivé pour la deuxième fois, de la partie antérieure du thorax au niveau du sixième cartilage costal droit.

Ce malade, âgé de cinquante-quatre ans, a été opéré en province il y a dix-neuf ans et il y a six ans; il est probable qu'il a récidivé parce qu'on l'a opéré incomplètement, sans résection du cartilage.

Le point intéressant a été ici l'ouverture large de la plèvre sur une étendue d'une pièce de 5 francs.

Cette ouverture large n'a pas été faite d'emblée : c'est peu à peu en quelque sorte que cette ouverture a été faite. Nous avons tout d'abord entendu un sifflement. J'ai bouché la plèvre, et au fur et à mesure que je résèque le cartilage, je mets une compresse pour empêcher autant que possible l'air de pénétrer trop rapidement dans la plèvre.

Quand la résection fut finie, nous vîmes que la cavité pleurale était ouverte sur une étendue d'une pièce de 5 francs au moins.

Cette perforation a été bouchée en attirant du tissu cellulo-adipeux, peut-être tapissé de plèvre.

Comme il existait après suture un petit pertuis par lequel passait un peu d'air, je mis entre la plèvre et la peau suturée hermétiquement une mèche aseptique.

Le point sur lequel je dois insister, c'est que le poumon n'était nullement adhérent, et qu'il s'est rétracté très fortement en arrière.

Malgré cette rétraction totale du poumon, nous n'avons eu à aucun moment aucune émotion ; je me suis contenté de faire cesser le chloroforme au moment de l'ouverture de la plèvre ; le malade n'a aucune agitation, pas de menace d'asphyxie.

Notre collègue M. Hennequin, qui assistait à cette opération, a été frappé comme nous de l'innocuité de ce temps opératoire.

Je l'attribue à ce que j'ai laissé peu à peu l'air pénétrer dans la cavité pleurale.

Il n'en démontre pas moins l'innocuité de l'ouverture, même *large* de la plèvre, même quand le poumon *n'a aucune adhérence.*

Les suites opératoires ont été très bonnes.

Le Secrétaire annuel,

AD. JALAGUIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 3 OCTOBRE 1900

Présidence de M. Richelot.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. Jalaguier, secrétaire annuel, qui demande un congé d'un mois.

3° Une série de notes concernant le transport des malades et des blessés adressées à la Société par M. C. de Mooy, membre correspondant.

Communication.

Lipome du mésentère. Laparotomie. Guérison,

par M. LATOUCHE (d'Autun).

La rareté relative des lipomes du mésentère et les difficultés de leur diagnostic précis m'engagent à présenter à la Société de chirurgie l'observation suivante relative à l'ablation d'un lipome mésentérique du poids de 6 kil. 500, suivie de guérison.

J'ai l'honneur de joindre à cette observation : 1° la pièce conservée dans de l'eau alcoolisée et composée d'une grosse masse centrale avec plusieurs lobes.

2° Une coupe de la tumeur montrant qu'il s'agit d'un lipome pur :

Observation. — Vers la fin de juin 1900, j'étais appelé par un de mes confrères, le Dr Gillot, d'Autun, près d'une dame de cinquante-trois ans, chez laquelle on avait porté le diagnostic de kyste de l'ovaire droit.

La malade, vigoureuse et nullement cachectique, présentait un développement considérable du ventre. C'était, d'ailleurs, une femme grosse et forte.

Peu de douleurs, mais une gêne considérable dans les mouvements, principalement dans la station debout, et depuis quelque temps une certaine gêne dans la respiration.

Digestions pénibles, mais pas à proprement parler de symptômes dyspeptiques sérieux.

L'embonpoint de la malade rendait difficile l'examen méthodique de l'abdomen. Toutefois, il était aisé de constater que la tumeur, très volumineuse, était à droite, absolument indépendante de l'utérus, qu'elle était mobile, haut placée, et occupait toute la partie droite de l'abdomen. J'insiste sur cette situation, car elle n'était pas médiane, comme cela est général dans le cas de tumeur mésentérique.

Le côté gauche du ventre était sonore, tandis qu'à droite la matité était absolue.

La palpation n'amenait aucune douleur et donnait à la main une sensation de fausse fluctuation ; mais on sentait des parties dures et il était impossible d'accepter le diagnostic de kyste simple de l'ovaire. Tout au plus pouvait-on admettre l'hypothèse de tumeur solide avec parties liquides. Enfin, étant donné les symptômes digestifs, l'absence absolue de connexions avec la matrice, nous inclinâmes pour le diagnostic de tumeur mésentérique en faisant les plus extrêmes réserves relativement à la possibilité d'un néoplasme ovarien. Mais je dois avouer que nous ne pensâmes pas à un lipome et que nous croyions plutôt à un sarcome kystique. Ce diagnostic nous paraissait d'autant plus probable que quelques jours auparavant j'avais opéré d'une tumeur manifestement sarcomateuse une fille de vingt-cinq ans dont l'état général excellent ne permettait pas de soupçonner la nature maligne du néoplasme.

En tout cas, l'intervention s'imposait; la tumeur se développait très rapidement puisque la malade ne l'avait soupçonnée que depuis six mois à peine et se rendait parfaitement compte de son développement continu. L'opération acceptée fut pratiquée le 10 juillet.

Opération. — Anesthésie à l'éther. Position horizontale sans inclinaison. Longue incision médiane de l'appendice xiphoïde au pubis. Du premier coup, on tombe, après incision de la paroi, sur une masse mollasse et lisse qui constitue la partie principale de la tumeur, et il est impossible au premier abord de la mobiliser. Elle paraît recouverte d'un feuillet séreux et adhérente à tous les organes profonds, mais libre quant à la paroi abdominale antérieure. L'exploration manuelle

de la masse montre l'intestin grêle refoulé à gauche et bordant, pour ainsi dire, toute la tumeur; l'intestin suit nettement les mouvements imprimés à celle-ci.

Il est évident que le néoplasme siège dans un dédoublement séreux et la situation de l'intestin confirme sa présence entre les deux feuillets du mésentère. Une longue incision sur le feuillet superficiel de celui-ci permet à la main d'énucléer la tumeur de sa loge et de la détacher pour ainsi dire de l'intestin qui reste dans le flanc gauche à mesure que, le plan de clivage étant établi, le néoplasme attaqué par le côté s'élève hors du ventre. Dès lors, la tumeur vient à la main, l'intestin est caché par des compresses et on procède doucement à l'énucléation de la tumeur. L'opération marche bien d'abord, la rate se laisse très facilement séparer, et on arrive au foie où les difficultés sont sérieuses. Les adhérences sont intimes; le tissu hépatique se déchire et saigne en nappe, d'une manière très inquiétante, qui nécessite du tamponnement.

Dans la profondeur et à droite, la tumeur, très adhérente à la loge rénale, paraît à tel point se confondre avec le rein, qu'à un moment donné je me demande si ce n'est pas le rein dégénéré que j'extirpe. Enfin, la tumeur sort en entier et bascule hors du ventre sur le côté droit laissant à sa place une vaste cavité limitée à gauche par l'intestin, en haut par la rate et le foie, à droite par le rein, et au fond par le rachis au niveau duquel se trouvait l'implantation large et épaisse.

Quelques catguts ferment la brèche en rapprochant les deux feuillets séreux. A part l'hémorragie hépatique, l'écoulement sanguin opératoire a été peu abondant. L'opération a duré trois quarts d'heure et la malade se réveille facilement sans présenter de shock. Il nous a paru inutile d'injecter du sérum. Le pouls est resté excellent, et, à part quelques vomissements dus à l'éther, les suites ont été normales, et la malade a pu se lever le dix-huitième jour sans avoir présenté jamais d'élévation thermique.

La tumeur pèse 6 kil. 500; il n'y avait pas d'ascite. Enfin, des coupes. pratiquées sur divers points du néoplasme, par mon ami, le Dr Courtet, montrent qu'il est constitué par des cellules adipeuses traversées par de rares travées conjonctives. Il s'agit donc d'un lipome pur, formé d'une masse principale avec des prolongements ramifiés en lobes.

Il nous a paru utile de soumettre cette observation à la Société de chirurgie pour appeler à nouveau l'attention sur la difficulté, dans ces cas, d'un diagnostic précis pré-opératoire.

Dans notre cas, le siège à droite de la tumeur et la fausse fluctuation en imposaient pour une tumeur ovarienne. Seuls les signes digestifs vagues et d'ailleurs parfaitement compatibles avec la localisation ovarienne, l'indépendance absolue de la tumeur avec la matrice, appelaient l'attention du côté du mésentère. Quant à la nature du néoplasme, nous ne voyons aucun symptôme capable de la déceler, car l'état général peut se

montrer excellent dans certains cas de tumeur abdominale sarcomateuse.

Le poids de notre tumeur n'a rien de remarquable. Terrillon et d'autres opérateurs en ont rencontré de bien plus volumineuses ; mais nous insisterons sur la nécessité d'opérer très tôt, dès que le diagnostic est soupçonné ; car ces tumeurs se développent très vite, en moins de six mois chez notre malade ; et j'estime que le succès dépend de la précocité de l'intervention. Opérer de bonne heure, c'est opérer une malade vigoureuse, c'est lui éviter le shock et se mettre à l'abri des adhérences qui deviennent de plus en plus nombreuses et solides autour d'une tumeur devenue énorme et, de plus, difficile à libérer.

Rapports.

Sur deux observations de calculs urétraux et péri-urétraux, par M. Pluyette (de Marseille).

Rapport de M. A. GUINARD.

Vous m'avez chargé d'un rapport sur deux observations envoyées par M. Pluyette, de Marseille, et relatives à des calculs urétraux et péri-urétraux.

Je vais vous résumer brièvement ces deux observations dont l'intérêt principal est surtout dans la forme et le volume relativement considérable des calculs. Je vous présente ici ces calculs, ainsi que la photographie de la région scroto-pénienne du premier malade avant l'opération. Je pense qu'il est vraiment exceptionnel de rencontrer des calculs de ce volume, et c'est à ce titre surtout qu'ils ont rendu l'indication de l'urétrotomie externe absolument impérieuse, sans qu'on puisse songer à l'extraction par les voies naturelles ou au refoulement dans la vessie. Il faut savoir gré au Dr Pluyette de ne pas les avoir coupés, pour nous les montrer intacts tels qu'ils étaient lors de l'opération.

Obs. I. — *Calcul extra-urétral.* — Le nommé Justin M..., âgé de vingt ans, exerçant la profession de coiffeur, entre le 22 janvier 1900 dans mon service, à l'hôpital de la Conception, pour se faire opérer d'une tumeur qui siège sous la verge. En relevant le pénis, on voit, en effet, dans l'angle même scroto-pénien, une grosseur assez marquée qui

semble un petit scrotum placé au-dessus du scrotum naturel, comme on l'aperçoit très bien sur la photographie ci-jointe.

Au centre de la tumeur, sur la ligne médiane, existe une ouverture cutanée n'ayant pas tout à fait un centimètre carré, à travers laquelle on aperçoit une substance brunâtre qu'on reconnaît facilement être un calcul. La tumeur est, en effet, très dure au toucher, et les téguments sont mobiles sur ce corps étranger. Au niveau de l'ouverture, la peau se continue avec une muqueuse sans solution de continuité; un stylet promené entre le calcul et la muqueuse ne rencontre aucune adhérence. Aucun écoulement par cet orifice qui est tout à fait sec.

Une sonde introduite dans l'urètre fait éprouver à ce niveau une sensation de frottement sur un corps dur, en même temps qu'on constate une légère coarctation. La miction est cependant très facile et l'urine s'écoule tout entière par le méat; cependant, après l'urination, une ou deux gouttes de liquide suintent à travers l'orifice cutané. Les rapports sexuels s'accomplissent normalement, paraît-il.

Les renseignements fournis par le patient, fort peu inteligent du reste, n'éclaircissent pas beaucoup la question. Vers l'âge de six ou sept ans il a subi une opération sur les voies urinaires, mais c'est tout ce qu'il sait. On ne constate aucune cicatrice sus-pubienne ou périnéale, pas d'hypospadias, pas de coliques néphrétiques antérieures. S'est-il agi d'un rétrécissement? c'est peu probable vu l'âge du sujet et la facile distension du canal, vérifiée après l'opération; nous pencherions plutôt pour une lithotritie vésicale ou urétrale. Quoi qu'il en soit, c'est à dater de cette époque qu'il a constaté cette tumeur scroto-pénienne, qui a dû se développer assez rapidement puisqu'il ne se souvient pas de l'avoir connue plus petite.

L'opération, très facile, fut pratiquée le 26 janvier. Une incision de 2 centimètres environ, en haut et en bas, permit d'énucléer le calcul. On vit alors une poche assez volumineuse tapissée de muqueuse et communiquant avec le canal par un orifice elliptique de 2 centimètres de long. La dissection de la muqueuse fut rendue délicate du côté scrotal à cause de la présence de deux diverticules canaliculaires. Suture au catgut Répin de la muqueuse urétrale avivée; second plan de suture au catgut Répin et suture cutanée aux crins de Florence. Sonde à demeure.

Les suites de l'opération furent normales; apyrexie complète. Le 29 janvier, la sonde étant tombée, ou le malade l'ayant enlevée, la miction s'est faite par le canal; les fils superficiels sont enlevés et le malade se sonde lui-même. Le 31 janvier, un peu d'urine sort par la plaie; le 5 février, le malade veut sortir quand même malgré une petite fistule.

L'examen histologique de la muqueuse a montré qu'il s'agissait d'un épithélium pavimenteux stratifié.

Ce calcul, développé dans une poche urétrale, est curieux à la fois par son volume et par son siège; il pèse, en effet, 13 gr. 25 et ne paraît pas avoir trop incommodé le malade, puisqu'il l'a gardé treize ou quatorze ans sans gêner la miction et l'éjaculation. Il est aussi intéressant

de constater que ce corps étranger était parfaitement toléré, puisque la muqueuse était saine, sans suintement d'aucune espèce. Les calculs de ce genre sont, en effet, assez facilement supportés tant qu'il n'y a pas d'infection urinaire; c'est cette dernière, et non les accidents purement mécaniques, qu'il y a à redouter dans de pareilles lésions. Le siège de cette poche est également anormal et l'on ne s'explique nettement ni pourquoi un calcul se serait arrêté en ce point de l'urètre pénien, ni pourquoi un diverticule se serait développé en ce lieu.

Obs. II. — *Calcul intra-urétral.* — Cette seconde observation est en quelque sorte classique; son unique intérêt consiste dans le volume du calcul qui dépasse la moyenne de ce qu'on est habitué à observer. Il s'agit d'un charretier, Joseph T..., âgé de quarante-cinq ans, portant quotidiennement le poisson de Martigues à Miramas.

Voici les renseignements fournis par mon ami, le docteur Grégoire (de Martigues). A l'âge de quinze ans, blennorragie. Trente ans plus tard, le malade se plaint de douleurs au fond des bourses et de difficulté à uriner. Diagnostic : abcès urineux en voie de formation consécutif à un rétrécissement; on l'envoie à l'hôpital de Marseille.

L'urine sort par jet filiforme, mais elle est claire, normale; pas d'infection urinaire; le périnée présente une dureté insolite. J'introduis dans l'urètre une bougie filiforme qui donne la sensation d'un corps étranger, sensation que mon collègue et ami, le docteur Delanglade, perçoit comme moi. Diagnostic : calcul urétral arrêté derrière un retrécissement.

Le 28 février 1900, je pratique l'urétrotomie externe directement sur le calcul qui sort très facilement. On est surpris de son volume qui mesure 48 millimètres de long et semble un moulage de la portion bulbaire. Son poids est de 16 gr. 3. On voit encore sur le côté convexe (inférieur) l'entaille du bistouri, sur le côté concave (supérieur) n'existe aucune rigole pour l'écoulement de l'urine.

Les suites opératoires furent considérablement entravées par l'indocilité du malade, qui enlevait constamment sa sonde, mais qui finit malgré tout par sortir avec une petite fistule. Il n'y avait aucune espèce de rétrécissement.

Pour ce calcul, la question se pose pour savoir quelle est au juste son origine. Est-il né dans l'urètre, ou faut-il admettre qu'il est constitué par d'énormes dépôts phosphatiques urétraux autour d'un petit noyau venu du rein ou de la vessie ? M. Bazy, à propos d'une observation de Piogey (*Soc. de Chir.*, 11 août 1894), a donné la première hypothèse comme très admissible. Mais alors, ces calculs urétraux autochtones sont entièrement phosphatiques, ce qui n'est pas le cas ici. Ce calcul peut plutôt être rapproché de celui que Routier a présenté ici dans la séance du 10 janvier 1900. Mais je rappelle que le malade de Routier avait en outre une pyélonéphrite à laquelle il succomba par urémie ; le malade de

M. Pluyette, au contraire, avait les reins et la vessie absolument sains : l'urine était limpide; aussi a-t-il très bien guéri. Il est évident que ce calcul s'est développé considérablement sur place s'il n'est pas né dans l'urètre; on voit très bien les apports phosphatiques successifs déposés du côté vésical et allongeant progressivement le calcul du côté de la prostate.

Ces deux observations sont à retenir comme curiosités pathologiques. Et je n'en parlerai pas plus longuement, car elles ne comportent pas de discussions pathogéniques ou thérapeutiques autres que celles dont je viens de dire un mot.

Je propose de remercier M. Pluyette de la persévérance louable avec laquelle il nous envoie de nombreux travaux et de ne pas oublier son nom au jour prochain où nous aurons à nous adjoindre des membres correspondants.

Calculs du cholédoque et de la vésicule biliaire. Cholédocotomie et cholécystectomie Guérison,
par M. Sierra (de Santiago-du-Chili).

Rapport de M. LEJARS.

Notre confrère, M. le Dr Sierra, chirurgien à l'hôpital de San-Borgia, à Santiago (Chili), nous a lu, il y a quelques mois, une intéressante observation de chirurgie biliaire, intitulée : *Calculs du cholédoque et de la vésicule biliaire. Cholédocotomie et cholécystectomie. Guérison.*

Voici le fait, en résumé :

Il s'agit d'une femme de trente-quatre ans, mère de douze enfants, qui avait eu, en 1886, à la suite de sa dernière couche, une première série de crises hépatiques; ces crises n'avaient pas reparu jusqu'en juin 1899; mais, à ce moment, survint une nouvelle attaque, très aiguë, compliquée d'ictère, et, depuis, tous les huit ou dix jours, les douleurs se reproduisirent avec une intensité croissante.

De fait, l'ictère était très prononcé, la malade très amaigrie et très faible, lorsqu'elle entra dans le service de M. le Dr Sierra, en octobre 1899. On ne nous dit pas, et c'est là sans doute un simple oubli, quel était l'état des selles et si la décoloration était totale et permanente.

Toujours est-il que l'examen direct permettait de « reconnaître

assez nettement, au bord externe du muscle grand droit, une masse dure, lisse et arrondie, mobile sous le foie, et qui ne pouvait être que la vésicule biliaire ». On sentait bien, ajoute notre confrère, « d'autres masses dures (et l'émaciation extrême rendait l'exploration facile), mais elles ne se présentaient pas avec la même précision que la vésicule ».

Le diagnostic fut celui de calculs biliaires, avec obstruction du cholédoque, et l'opération fut pratiquée le 13 octobre.

Laparotomie médiane : la vésicule est petite et bourrée de calculs, et l'exploration digitale permet de constater un gros calcul dans le cholédoque. Ici, je cite textuellement : « Une fois complètement isolé notre champ opératoire par des compresses aseptiques, nous fîmes l'ablation de la vésicule, au bistouri, en mettant une ligature sur le cystique ; quelques gouttes de bile s'échappèrent : on les épongea tout de suite. Une incision le long du cholédoque nous permit d'extraire le gros calcul. Un double plan de sutures faites au catgut nous permit de reconstituer ses parois. » Drainage avec un gros tube, entouré de mèches de gaze ; il ne s'écoula, d'ailleurs, que quelques gouttes de bile ou plutôt de sérosité teintée. Au bout de quarante-huit heures, le drainage est enlevé, et les fils d'attente, qu'on avait disposés pour compléter la réunion, noués définitivement.

Les suites opératoires furent simples : au bout de trente-six heures, et après un lavage de l'estomac avec de l'eau de Vichy, tout vomissement cessa. Au seizième jour, l'opérée quittait le lit. Quant à l'ictère, il disparut très vite. L'opérée, au bout de quelques mois, avait engraissé et repris une santé excellente.

M. Sierra n'ajoute aucun commentaire à son observation, et je regrette vivement qu'il ait cru devoir la résumer aussi brièvement, et surtout qu'il ne nous ait fourni aucun détail sur les divers temps de l'intervention opératoire. Ces faits de cholédocotomie, qui ne sont pas rares aujourd'hui, n'en conservent pas moins un très grand intérêt, et ce sont les détails surtout qui nous sont précieux.

Quoi qu'il en soit, deux points principaux sont à retenir dans l'observation de notre confrère : il a pratiqué d'abord la cholécystectomie et ouvert ensuite le cholédoque ; une fois le calcul extrait, il a suturé d'emblée le cholédoque, et cette réunion primitive et totale a réussi.

Il ne nous semble pas que l'ablation préalable de la vésicule puisse être tenue pour la pratique la plus sûre et la plus simple ; on se trouvera mieux, le plus souvent, d'ouvrir et de vider d'abord la vésicule, puis de poursuivre l'incision le long du canal cystique,

jusqu'au cholédoque ; on parvient, de la sorte, par l'expression de bas en haut, à faire remonter les concrétions et à les extraire, sans intéresser sur une trop grande longueur la paroi même du cholédoque, et ce n'est pas là un avantage négligeable. J'ai procédé de la sorte, comme l'ont fait beaucoup d'entre nous, chez une malade que je vous ai présentée, et qui reste parfaitement guérie ; après avoir incisé la vésicule et le cystique, je réussis à déloger, à mobiliser et à extraire un gros calcul enclavé du canal cholédoque.

L'observation de M. Sierra soulève une seconde question : celle de la suture primitive du canal, après la cholédocotomie ; cette question a été discutée ici, à plusieurs reprises, et je me garderais de la reprendre. Je me bornerai à dire que cette réunion cholédocienne, quoi qu'on puisse en penser, est loin d'être toujours exécutable, et j'ai pu m'en convaincre encore, il y a trois mois, chez une femme de quarante-cinq ans, que j'ai opérée pour des accidents fort graves d'obstruction complète du canal cholédoque. La paroi abdominale, chargée de graisse, était d'une épaisseur considérable, le foie très gros, très abaissé, et ce fut à une profondeur tout à fait anormale que je découvris un chapelet de gros calculs ; malgré la longueur de l'incision, malgré tous les artifices employés pour écarter les viscères et les parois de la plaie, il était impossible de rien voir, et je dus, au doigt, inciser le cholédoque et extraire les calculs ; malheureusement, je reconnus, en même temps, plus bas, une masse épaisse, dure, immobile, dont la nature néoplasique ne me parut pas douteuse, et l'évolution ultérieure montra que cette conclusion n'était que trop justifiée. Toujours est-il que, dans les cas de ce genre, où l'on est contraint d'opérer à une grande profondeur, la question de la suture du cholédoque ne saurait se poser, car elle est impraticable.

Ailleurs, la paroi du canal est si friable que tous les fils coupent et qu'on ne réussit pas à réaliser l'adossement, et même le simple rapprochement des lèvres de la plaie. En dehors même de ces difficultés toutes spéciales, il n'est pas très commun que l'on puisse pratiquer une suture régulière à deux plans et obtenir une réunion immédiate complète ; notre confrère a été particulièrement heureux, et nous aurions désiré qu'il nous donnât, ici encore, un exposé plus détaillé. Pour ma part, dans les deux cas où j'ai fait la suture primitive du cholédoque, j'ai observé un écoulement biliaire consécutif, assez peu important, il est vrai, et rapidement tari.

On ne saurait, du reste, en pareille matière, poser de règles fixes ; les situations cliniques sont trop différentes, et, comme nous venons de le rappeler, les difficultés techniques et les pos-

sibilités opératoires sont elles-mêmes trop variables pour qu'on puisse préconiser une méthode unique.

Toujours est-il que, pour être un peu écourtée, l'observation de notre confrère chilien n'en est pas moins très intéressante, et j'ai l'honneur de vous proposer de le remercier d'avoir apporté ici la relation de ce succès opératoire et de déposer son travail dans nos Archives.

M. Michaux. — Je m'associe aux remarques très sages que M. Lejars vient de faire relativement aux procédés de cholédocotomie; ces règles n'ont rien d'absolu et dans aucune opération on ne trouve de modes opératoires plus variables suivant les cas.

Où je me séparerai de lui, c'est en ce qui concerne l'utilité de la cholécystotomie concomitante. Je n'y ai pas ordinairement recours; 6 fois j'ai ouvert le cholédoque et, dans tous ces cas moins un, je n'ai pas fait l'ouverture de la vésicule; c'est que j'ai eu affaire en général à de gros calculs, qui n'auraient pas pu passer par le canal cystique et sortir par la vésicule ouverte.

Un autre argument qui a une certaine valeur pour contre-indiquer l'incision de la vésicule, c'est que l'on risque davantage de faire couler dans le ventre, bien qu'il soit garni avec soin, un liquide tout au moins suspect, voire même septique. Les accidents sont rares, il est vrai; néanmoins, je me suis bien trouvé d'enlever ordinairement la vésicule entière, sans l'ouvrir, car de cette façon j'évitais radicalement tout épanchement possible de matières douteuses.

Voici la technique que j'ai défendue et que je préconise : quand on a détaché la vésicule, une fois qu'on l'a dans la main, on s'en sert pour attirer aisément le canal cholédoque et amener sous la main le calcul sur lequel on incise très facilement le cholédoque, à moins que le foie ne soit très gros et l'abdomen très épais. Cela fait, je pratique la cholécystectomie. Quant à la suture, toutes les fois qu'elle est possible, je la fais; je l'ai pratiquée ainsi 5 fois avec succès; une seule fois, j'ai eu une fistule biliaire qui a duré quinze jours à trois semaines. Si on tombe sur un cholédoque friable, mieux vaut s'abstenir.

M. Routier. — Le manuel opératoire que j'emploie est le suivant : je commence par libérer la vésicule, je l'incise, je la vide, je la lave et m'en sers pour attirer le cholédoque que j'incise sur le calcul.

J'ai eu l'occasion de présenter ici plusieurs cas où j'avais ainsi enlevé des calculs du cholédoque; jamais je n'ai fait la suture : dans mes premiers cas, parce que je n'avais pas pu; plus tard, je

n'ai même plus essayé de la faire, tant les résultats de la cholédocotomie sans suture m'ont paru excellents; je fais au-dessus du paquet intestinal un vrai plancher de séparation avec des compresses stérilisées, et un drain va jusqu'au cholédoque. Mon collègue et ami Quénu a aussi défendu, je crois, cette opinion, que la suture du cholédoque, souvent impossible à réaliser, était inutile pour la guérison.

M. Schwartz. — Je voudrais demander un éclaircissement sur un point. M. Lejars nous a lu que M. Sierra avait chez son opéré retiré le drain au bout de quarante-huit heures; je trouve cette conduite imprudente. Il y a des observations, en effet, où la suture a lâché au bout de cinq à six jours.

Quant à la cholécystectomie après ablation du calcul, je la crois bonne, après que la vésicule a servi de point de repère, à condition toutefois qu'il ne se soit pas formé autour d'elle des foyers microbiens qui risqueraient d'infecter le péritoine.

Une méthode à placer en regard de la cholécystectomie est la cholécystostomie qui, en diminuant la pression de la bile sur le cholédoque, hâte la cicatrisation. Ce fait a été mis en évidence par Langenbuch et Delagenière.

Au cours des 6 cholédocotomies que j'ai faites, j'ai suivi une technique variable suivant les cas; j'ai fait la suture ou ne l'ai pas faite; dans les deux cas, j'ai eu des succès; il faut se guider sur les lésions, variables suivant les cas.

M. Lejars. — Je suis heureux d'avoir suscité ces remarques de nos collègues; je n'ai qu'un mot à dire : lorsqu'on se trouve en présence d'une grosse vésicule, il est d'excellente pratique de s'attaquer à elle tout d'abord, de l'ouvrir, de la vider, de la libérer et de se servir de son pédicule comme d'un tracteur pour amener le cholédoque; mais, dans l'observation que je vous ai rapportée, on a commencé par faire l'ablation pure et simple, en masse, de la vésicule, et c'est là ce que j'ai cru devoir rejeter.

Présentation de malades.

Prolapsus total du rectum datant de neuf ans; ablation circulaire de la muqueuse du cylindre invaginant et invaginé dans l'étendue de vingt centimètres; réunion par première intention, guérison.

M. Delorme. — Sur le malade que j'ai l'honneur de vous présenter, vous pourrez constater un nouveau et beau succès du mode de traitement du prolapsus total du rectum que j'ai décrit en mai

dernier. Chez lui, la guérison est complète, absolue et tout fait espérer qu'elle sera persistante.

Comme vous pouvez le constater, toute trace de prolapsus a disparu, même pendant l'effort; les plis rayonnés de l'anus ont reparu; le sphincter se laisse dilater sans douleur par les bols fécaux les plus volumineux. Non seulement les selles consistantes sont retenues, mais les selles liquides et les gaz le sont également; ceux-ci sont, au gré du malade, rendus avec bruit; le sphincter a donc repris sa tonicité et sa contractilité.

Il est impossible, à première vue, de se douter de l'opération qu'a subie ce malade. Ce n'est qu'en écartant fortement ses fesses et en le forçant à faire un effort prolongé qu'on constate que la muqueuse rectale rouge ne se continue plus avec la peau rose par une teinte dégradée.

La muqueuse rectale est circulairement et nettement soudée à la peau.

Pas de cicatrice apparente, cependant le doigt, pendant le toucher, sent au niveau de la ligne de réunion cutanéo-muqueuse une arête linéaire, à peine sensible, très extensible.

Les selles sont devenues journalières, uniques, au lieu de se renouveler de quatre à dix fois par jour; elles ne sont plus douloureuses; la marche comme la station assise peuvent être aussi prolongées que possible; l'état physique et moral est complètement relevé.

Ce malade, le nommé Labor... Pierre (de Loye, Loir-et-Cher), cultivateur, ex-soldat du 12e régiment d'artillerie, s'est aperçu de son prolapsus à l'âge de quinze ans, par la saillie de la tumeur rectale et par l'écoulement de sang léger auquel elle donnait lieu à chaque selle.

Tantôt aisément réductible et maintenu réduit, le prolapsus était assez souvent irréductible, gênait la marche et forçait le malade à marcher les jambes écartées. A ce moment, les selles étaient nombreuses.

Labor... tut son affection au moment de son incorporation et il n'eût pu continuer son service s'il n'avait été attaché à un officier comme soldat ordonnance.

Une attaque de dysenterie en 1889, aggrave son mal. Le prolapsus devient douloureux, plus souvent irréductible; les écoulements de sang sont plus abondants. Parfois le sang imprègne le bas du caleçon et du pantalon.

La marche régulière est plus difficile. Pendant l'effort, la saillie du prolapsus a 8 centimètres environ. Le malade lui attribuait les dimensions d'un gros œuf de poule.

Je l'opère, le 29 juillet 1900, avec l'assistance de mes collègues, MM. Bourdon, Schrapf, Metzquer, après avoir pris les précautions d'usage et suivant le mode décrit. L'opération fut rendue délicate et

plus longue par la friabilité de la muqueuse qui imposa des repérages successifs. J'excisai 20 centimètres de cette muqueuse.

Le manque de résistance de cette dernière m'engagea à recourir chez lui à une deuxième suture de soutien pour prévenir une ascension que j'avais eu à déplorer chez mon deuxième opéré.

Les suites furent des plus simples. Le malade soumis au régime que j'ai indiqué dans ma communication de mai dernier fut déconstipé le 14e jour; la première selle fut difficile malgré les lavements; les selles ultérieures des plus faciles.

Ma nouvelle suture de soutien *musculo-musculaire* sur laquelle je désire appeler votre attention, fut faite de la façon suivante :

Après avoir pratiqué le dégagement de la muqueuse dans une étendue suffisante, je passai transversalement et successivement, aux quatre points cardinaux du cylindre invaginé, près de son sommet, quatre fils perdus, aseptiques, qui réunirent par des anses les fibres annulaires du manchon intestinal aux fibres les plus internes du sphincter externe.

J'eus bien soin, en plaçant ces fils sur le manchon rectal, de ne pas dépasser l'épaisseur de la couche musculeuse intestinale pour éviter la perforation du péritoine.

L'application de ce premier plan de quatre sutures *musculo-musculeuses* ne me dispensa pas de celle des quatre sutures en U *muco-cutanées*.

Ce temps complémentaire me paraît utile et je suis décidé à y recourir dorénavant. Ces sutures musculo-musculeuses constituent en effet une garantie de plus contre l'ascension du manchon rectal chez un malade dont la muqueuse est friable, sur un sujet nerveux, agité ou chez lequel il est impossible, par les opiacés, d'obtenir une constipation suffisamment prolongée.

Résection partielle de l'humérus à la suite d'une fracture par coup de feu.

M. Picqué présente, au nom de M. Studer, chirurgien de l'hôpital de Vernon (Eure) et de M. Rudouar, médecin principal de l'armée, un cas de résection partielle de l'humérus à la suite d'une fracture par coup de feu. Le résultat est excellent au point de vue fonctionnel.

Présentation de pièces.

Rein tuberculeux enlevé par néphrectomie, inutilité du cathétérisme préalable de l'uretère.

M. Bazy. — Le rein que je vous présente a été enlevé par néphrectomie lombaire le 2 août dernier à une vieille demoiselle de quarante-neuf ans qui souffrait depuis plus de six mois de son rein droit et d'envies d'uriner très fréquentes. Elle avait des crises de rétention rénale qui avaient été diagnostiquées par mon ami, le Dr Marquézy.

Je l'avais vue il y a cinq mois dans une période d'accalmie ; j'avais constaté de l'urétérite, mais sans augmentation appréciable du volume du rein.

J'avais conseillé l'expectation, mais elle a été prolongée au delà des limites convenues ; car la malade n'était revenue me voir qu'à la fin de juillet, *souffrant* toujours, avec des urines *purulentes*, *ayant maigri* et s'étant notablement *affaiblie*.

Je conseillai l'intervention, mais après épreuve du bleu de méthylène.

Cette épreuve avait été faite déjà antérieurement, mais d'une manière trop peu précise pour que nous dussions nous en contenter.

En effet, le Dr Marquézy, dans un but thérapeutique, lui avait donné des pilules de bleu de méthylène. L'urine avait été rapidement colorée en bleu dès la première heure, ce qu'il avait été facile de constater parce que la malade urinait tous les quarts d'heure le plus souvent. Cela prouvait que l'autre rein était sain et perméable.

L'épreuve est faite par piqûre. Quoiqu'il se soit perdu du liquide, que tout le centimètre cube n'ait pas été injecté sous la peau, le bleu apparaît dans la troisième demi-heure, ce qui me paraît suffisant pour permettre l'intervention.

Je fais la néphrectomie lombaire, et j'enlève ce rein qui est caverneux, quoique petit (il s'était vidé avant l'intervention). L'uretère est petit et à peine augmenté de volume sur une étendue de 4 centimètres environ, à partir du bassinet.

A partir de ce point, il est dur, irrégulier, gros, avec un diamètre de 6 à 7 millimètres.

Il est enlevé sur une hauteur de 7 à 8 centimètres environ après ligature et cautérisation au thermocautère.

Les suites opératoires furent remarquables en ce sens que

l'urine devint subitement claire, que la pollakiurie cessa et les douleurs de miction aussi.

Les suites opératoires furent apyrétiques; la malade s'est levée au quatorzième jour et est aujourd'hui complètement guérie.

Est-elle définitivement guérie et n'aura-t-elle désormais aucune manifestation tuberculeuse? On ne saurait l'affirmer.

J'ai obéi à une indication opératoire qui était constituée par l'infection et la douleur, et ce n'est pas le diagnostic de tuberculose et l'existence d'une lésion tuberculeuse qui a été l'indication.

A l'appui de ce que je viens de dire, je citerai le cas d'une malade dont j'ai présenté le rein ici dans une de nos précédentes séances, rein que j'avais enlevé non comme tuberculeux, mais parce qu'il donnait lieu à des douleurs très vives qui empêchaient tout mouvement.

Cette malade a, comme je vous l'ai dit, parfaitement guéri de l'intervention et a été débarrassée des douleurs; mais, dans les premiers jours d'août, j'apprenais qu'elle avait une hémoptysie et qu'elle était tuberculeuse pulmonaire.

Mon intervention ne l'avait pas guérie et ne pouvait pas à elle seule guérir la tuberculose. Donc la néphrectomie précoce, basée sur le simple diagnostic de tuberculose, ne peut être conseillée.

Je conclus donc encore qu'ici, pour le rein, comme pour tous les autres organes ou régions, le diagnostic de tuberculose ne suffit pas pour établir l'indication d'une intervention : il faut d'autres indications, et, pour le rein, ces indications sont: infection, douleur, et exceptionnellement l'hémorragie.

Le Secrétaire annuel,

AD. JALAGUIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 10 OCTOBRE 1900

Présidence de M. RICHELOT.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. TUFFIER qui, retenu à la chambre par une légère indisposition, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

A l'occasion du procès-verbal.

Calculs urétraux.

M. POTHERAT. — Je voudrais faire une petite remarque à propos du rapport que mon ami Guinard a lu dans la dernière séance.

La première des deux observations du Dr Pluyette est intitulée : Calcul *péri-urétral.* Or, je crois cette expression impropre ; le calcul était bien et dûment *intra-urétral.* En effet, en décrivant les lésions qu'il a observées, l'auteur nous dit, que la cavité dans laquelle était logée la pierre était tapissée de *muqueuse* en continuité avec la muqueuse du canal et ayant histologiquement le même revêtement épithélial. Sans doute, les couches périphériques et la peau elle-même, en partie détruites, laissaient voir à nu le calcul ; celui-ci n'en était pas moins dans l'urètre, fortement dilaté à ce niveau.

Je désirerais faire une deuxième et courte remarque à propos de la pathogénie de ces calculs. Je crois que sinon tous, du moins un grand nombre de ces calculs urétraux n'ont pas leur origine dans l'urètre, mais proviennent d'un calcul des voies urinaires supérieures, arrêté dans l'urètre et s'y étant accru par l'adjonction de couches nouvelles autour de la pierre primitive ; de telle sorte, qu'à la coupe, ces calculs présentent un noyau central dur,

urique ou oxalique, et à la périphérie des couches de tissu mou, friable, phosphatique. Aussi les observe-t-on souvent chez des malades ayant un passé pathologique des voies urinaires : blennorragies, rétrécissements, cathétérismes septiques, ou vulnérants, cystite, etc. A l'appui de cette opinion, je puis apporter un fait personnel. Voici un calcul d'un volume comparable à ceux que nous a présentés M. Pluyette par l'intermédiaire de son rapporteur. Je l'ai enlevé par urétrotomie externe, au mois de mai dernier à un malade de mon service. Cet homme, âgé de quarante-sept ans, était venu à la Maison municipale de Santé pour que je le soigne, disait-il, d'un rétrécissement qu'il portait depuis longtemps. Ce rétrécissement, au dire du malade, avait été déjà dilaté quelques années auparavant; mais la dilatation n'avait pas été maintenue et les accidents avaient reparu, et étaient devenus très intenses depuis quelques semaines. Les mictions étaient difficiles, très lentes; les urines étaient sales; cependant il n'y avait pas de douleurs très vives pendant l'émission des urines.

Le passé urinaire de cet homme était complexe. Il avait eu une blennorragie de très longue durée, tantôt aiguë, tantôt subaiguë et réduite à la goutte matinale, mais dont il n'était pas guéri quand apparurent les accidents de rétrécissement, il y a une dizaine d'années, et pour lesquels son médecin l'avait dilaté ; lui-même se passait de temps à autre, et sans précaution, une sonde dans l'urètre. Donc, l'altération des urines ne devait pas nous surprendre.

En inspectant son canal, je sentis nettement en arrière du scrotum au niveau du cul-de-sac du bulbe une tumeur arrondie, dure comme de la pierre, grosse comme une très grosse noisette. Le cathétérisme, d'ailleurs facile jusqu'en ce point, me permit aisément de reconnaître un calcul de l'urètre.

Je fis l'urétrotomie externe sans conducteur; je plaçai ensuite dans le canal et la vessie une sonde du calibre 14, non sans difficulté pour la découverte du bout postérieur, mais sans reconnaître de rétrécissement du bout antérieur, puis je fis la suture de la plaie périnéo-urétrale. La réunion fut imparfaite, il y eut une fistule qui dura quelque temps et finit par se fermer complètement; mais, fait à noter, au bout de deux jours, les urines émises par la sonde étaient tout à fait limpides.

Or, ainsi que vous pouvez le voir, le calcul que j'ai enlevé est constitué par un noyau central, gros comme un haricot, de couleur noirâtre, très dur, enveloppé d'une épaisse couche de substance phosphatique qui s'est effritée quand j'ai voulu scier le calcul. Ce noyau dur est, à mon avis, d'origine rénale; son volume lui permettait de s'engager dans l'urètre; il s'est arrêté au cul-de-

sac du bulbe, et là, grâce aux lésions du canal, grâce surtout aux altérations des urines dues aux différentes infections subies par ce malade, des dépôts phosphatiques se sont faits autour de ce noyau, augmentant chaque jour son volume, jusqu'à ce qu'il ait rempli le cul-de-sac du bulbe, et rendu difficile, sinon impossible, le passage des urines.

M. Guinard. — Je veux répondre un mot à M. Potherat et faire remarquer que le malade de M. Pluyette était un enfant de six ans, alors que celui de M. Potherat avait quarante-six ans.

Ce dernier avait un rétrécissement et le calcul avait pu s'arrêter à ce niveau; de plus, il avait été soumis à la dilatation et son canal avait pu être infecté.

Le petit garçon au contraire, n'avait aucun antécédent pathologique urétral, et on ne s'explique pas pourquoi le calcul s'est arrêté et développé dans ce diverticule.

Communication.

Fistule vésico-vaginale, guérie par la méthode du dédoublement,

par M. RICARD.

Je vais vous rapporter une observation de fistule vésico-vaginale de cure difficile que j'ai opérée pendant les vacances. La malade, originaire du Venezuela, avait subi sept opérations. Quatre de ces tentatives ont été faites à l'étranger; les deux dernières sont dues à deux de nos plus distingués collègues des hôpitaux de Paris: l'un avait attaqué la fistule par la voie sus-pubienne, sans succès ; le second l'aborda par la voie vaginale; ayant échoué, il fit l'occlusion de la vulve. Cette dernière intervention supprima la fistule, mais à peine l'opérée était-elle rentrée chez elle, en Amérique, qu'elle était prise de cystite, de phénomènes douloureux, dus à la formation de calculs, accidents qui la décidèrent à revenir à Paris. Consulté à ce moment, je donnai le conseil de rouvrir la vulve, de chercher la fistule et de l'oblitérer. L'un des consultants insista sur les difficultés de cette opération, la cavité vaginale étant absolument remplacée par un tissu de cicatrice.

Je ne me dissimulai pas les difficultés de cette intervention, que justifiaient suffisamment les phénomènes de cystite et la formation

de calculs. En cas d'échec, la création nouvelle d'une fistule vésico-vaginale remédierait aux accidents.

J'ouvris la vulve en rencontrant sur mon chemin de petits calculs phosphatiques. Je découvris l'orifice utérin et, après avoir cathétérisé cet orifice pour me repérer, séance tenante je m'amarrai sur le pont cicatriciel qui séparait l'orifice utérin de l'orifice de la fistule et par une large incision transversale, je libérai l'utérus, comme pour le premier temps de l'hystérectomie vaginale, et poussai cette libération jusqu'à ce que je sentisse l'utérus s'abaisser.

La face profonde du lambeau vulvaire fut avivée jusqu'à la fistule et suturée à la face antérieure de l'utérus par un large affrontement à l'aide de six points de suture au crin de Florence.

Pendant dix jours, la sonde à demeure fonctionna normalement, grâce à de fréquents lavages, débarrassant la vessie d'urines putrides, rougeâtres et visqueuses. Le dixième jour, à l'ablation des fils, un liséré blanchâtre sur un point du lambeau inférieur montra qu'une escarre était sur le point de se détacher. Il s'établit, en effet, une fistule fort petite, si petite que quelques jours après elle fut oblitérée par un petit gravier et que la malade se crut guérie.

Trois semaines après, une opération complémentaire ferma cette fistulette. La malade est aujourd'hui complètement guérie, elle possède une vessie continente qui peut garder les urines pendant deux heures. Il persiste encore un certain degré de cystite, mais qui va en s'atténuant chaque jour.

Cette observation n'a qu'un intérêt, c'est de démontrer la grande confiance que l'on peut avoir dans cette méthode du dédoublement, qui triomphe des cas en apparence les plus désespérés.

M. Routier. — En 1895, j'ai eu l'occasion d'utiliser le procédé de dédoublement pour la cure d'une fistule vésico-vaginale qui datait de treize ans, et qui, si elle n'avait été l'objet d'aucune opération antérieure, présentait néanmoins de grosses difficultés opératoires.

Tout d'abord j'avais craint pour l'état des reins de ma malade : son urine fortement ammoniacale avait causé une vaste excoriation non seulement du vagin et de la vulve, mais encore de toutes les surfaces internes des cuisses jusqu'aux genoux.

J'avais peur qu'elle n'eût fait de la pyélo-néphrite ; il n'en était rien; avec beaucoup de soins de propreté on arriva à atténuer fortement toute cette irritation, et je pus songer à l'opérer.

La fistule formait un triangle à parois rigides tendues, adhé-

rentes derrière la symphyse et aux parois du bassin : à travers la perte de substance, la face supérieure de la vessie faisait hernie sous forme d'une tumeur rouge.

Le col utérin, très difficile à trouver, était pris dans la cicatrice; on le devinait au toucher, on ne pouvait pas le voir ; elle avait ses règles régulières.

La fistule était due à un accouchement qui avait duré trois jours et demi, et qui avait été terminé au forceps.

Sous le chloroforme, il me fut possible de voir le col de l'utérus; c'est avec lui que je pensai pouvoir combler la brèche vésicale : les parois du vagin étaient trop rétractées pour qu'il fût possible de penser à trouver des lambeaux ou des surfaces à affronter.

Je commençai donc par libérer le col utérin comme pour faire l'hystérectomie vaginale; dès lors, l'opération devint presque facile, j'abaissai l'utérus, j'avivai aussi largement que possible les bords de la fistule, et je cousis contre ces bords la surface avivée du col.

J'eus la chance de voir réussir la suture dès cette première tentative; la malade n'avait pu supporter la sonde à demeure au delà de quelques heures et avait été mouillée continuellement par son urine qui sortait involontairement par le méat.

Peu à peu la capacité vésicale se refit, et quand elle est partie, elle n'urinait que toutes les deux ou trois heures. Le seul inconvénient résultant de cette fistule, c'est que le vagin est singulièrement rétréci et raccourci, et que le col utérin est presque au niveau du méat urinaire.

M. Bazy. — Il faut dire très haut que dans le cas de fistule vésico-vaginale et même de destruction de la paroi vésico-vaginale, la plus mauvaise opération est l'occlusion du vagin. J'ai été dégoûté à jamais de ce mode d'intervention par les accidents graves que j'ai vu survenir chez des malades ainsi opérées dans le service du professeur Richet dont j'étais le chef de clinique. Je pense que quelle que soit l'étendue de la perte de substance de la paroi vésicale, on peut arriver à obtenir la guérison.

J'ai publié ici même un cas de restauration de la paroi vésico-vaginale et urétro-vaginale complètement détruite à la suite d'un accouchement.

M. Schwartz. — Je profite de l'occasion pour vous rapporter un cas de fistule vésico-vaginale de cure difficile. Il s'agit d'une femme opérée six fois, dont le vagin rétréci admettait à peine un porte-plume. Il formait un canal rigide d'une dureté telle que l'idée d'un néoplasme venait à l'esprit. Les excoriations dues à cet

écoulement incessant d'urine ajoutaient à la difficulté du diagnostic. Mais il s'agissait d'un accident consécutif à un accouchement et cette origine éloignait de suite l'idée d'un néoplasme.

La première chose à faire était la dilatation vaginale, et, pour arriver à ce résultat j'employai le moyen suivant : des tiges de laminaire en faisceau furent successivement introduites et dans un espace de dix à trente jours, j'arrivai à une dilatation suffisante. Je pus alors examiner la fistule et constater qu'elle était d'une variété rare. Ce n'était une fistule ni de la paroi antérieure, ni du fond du vagin, ni utérine, ni cervicale; elle siégeait sur la partie latérale du vagin et les tissus étaient confondus avec la branche ascendante du pubis, tissus indurés qui semblaient littéralement soudés aux os. Pour fermer cette fistule, j'employai le procédé que vient de vous recommander M. Ricard. Je libérai et décollai avec soin tous les tissus adhérents à cette portion ascendante du pubis, puis fis la suture de la fistule. Il persista une petite fistulette qui guérit après une seconde opération. Ce cas m'avait semblé si difficile que je songeai un instant à l'oblitération du vagin.

M. Walther. — Puisqu'on cite des cas de fistules rebelles, je rappellerai une observation de fistule vésico-vaginale récidivée. J'avais pratiqué la première opération en 1891, alors que je remplaçais mon maître M. Tillaux. Quatre ans après, à la suite d'un nouvel accouchement, une escarre occasionna une nouvelle fistule. Rentrée dans le service du professeur Tillaux, cette malade subit une première opération, qui ne donna aucun résultat. La fistule fut alors attaquée par l'intérieur de la vessie après taille hypogastrique. Nouvel échec. C'est alors que, ayant pris, pendant les vacances, le service de la clinique, je retrouvai cette malade. Ne pouvant me résoudre à l'oblitération du vagin, malgré ces conditions très mauvaises, je fis une troisième tentative. Après décollement de la fistule, j'abaissai l'utérus et je pus ainsi combler l'orifice; la guérison fut obtenue en un seul temps.

M. Richelot. — Je féliciterai M. Ricard d'avoir guéri une malade difficile. Cette méthode du dédoublement modernisé est certainement un progrès sur les procédés américains, qui avaient eux-mêmes, sur les méthodes anciennes, une supériorité incontestable.

Cette année même, j'ai opéré à Saint-Louis un cas de fistule vésico-vaginale qui était, à la vérité, moins grave et moins complexe que celui de M. Ricard. Je m'adressai à un procédé de dédoublement que j'appellerai perfectionné, celui que Braquehaye nous a décrit au Congrès de chirurgie en 1899. Vous savez en

quoi consiste cette manière de faire. On incise la muqueuse vaginale circulairement à une certaine distance de la fistule, on dissèque ainsi un îlot de muqueuse de la périphérie au centre, et on s'arrête lorsqu'on est arrivé près de l'orifice anormal. La collerette, ainsi formée, relevée et suturée en bourse, forme un premier plan de sutures; la surface vaginale avivée, suturée comme à l'américaine, forme un deuxième plan; on a ainsi deux étages, celui de la collerette et celui de la muqueuse vaginale, qui se renforcent l'un l'autre et forment une occlusion très solide.

Permettez-moi un mot sur les soins consécutifs. Et d'abord, quelle est l'utilité de la sonde à demeure? Certainement, il faut éviter la distension vésicale et la poussée de l'urine contre la ligne de sutures; mais la sonde à demeure n'empêche pas le contact et l'infiltration entre les points. Il y a longtemps déjà, j'ai proposé (*Union médicale*) le cathétérisme intermittent, pour ne pas fatiguer les vessies irritables, et, pour éviter le contact de l'urine, je faisais coucher les opérées sur le côté. Position latérale et cathétérisme intermittent sont de règle chez toutes mes opérées de fistule vésico-vaginale. Ce mode de décubitus me paraît tout aussi efficace et beaucoup plus commode, plus acceptable par toutes les malades que la position à plat ventre recommandée récemment par M. Vitrac, de Bordeaux.

M. Monod. — A propos de la position que peuvent prendre les malades après l'opération de la fistule vésico-vaginale, je rappellerai que Broca faisait mettre ses malades à genoux. Pour moi, ce qui importe, ce n'est pas tant l'attitude que la nécessité de faire une bonne suture.

M. Routier. — Je crois que la position de la malade opérée de fistule vésico-vaginale est secondaire; je dirai presque aussi que la sonde à demeure est, elle aussi, secondaire : en effet, la fistule persiste s'il passe de l'urine à travers la suture; or, on a affaire à deux sortes de vessies : les unes sont tolérantes, les autres intolérantes soit par défaut de capacité, soit par cystite.

Si la vessie est tolérante, on peut sans danger la laisser se distendre, et sonder la malade toutes les deux heures, car la sonde à demeure est difficile à maintenir en place.

Si la vessie est intolérante, le canal, qui a d'habitude perdu de sa tonicité, laisse passer l'urine à mesure qu'elle arrive dans la vessie; je crains que la sonde à demeure n'irrite la vessie, et, pour peu que la malade s'en plaigne, je la supprime.

La malade dont je vous ai parlé n'a pas supporté la sonde et a été mouillée pendant tout le temps qu'elle a gardé les fils. Son

urètre laissait passer l'urine à mesure qu'elle se produisait ; elle n'avait pas de capacité vésicale.

La vessie a peu à peu repris sa capacité, et, quand elle quitta l'hôpital, elle ne se mouillait plus et n'urinait que toutes les deux heures.

M. Paul Segond. — Puisque chacun cite ses cas difficiles, permettez-moi de vous en relater un qui mérite, je crois, votre attention. Il s'agit d'une femme que j'ai soignée il y a deux ans pour fistule vésico-utéro-vaginale consécutive à un accouchement difficile. Combien d'opérations avait-elle subies avant de se confier à moi? je l'ignore. Ce que je puis dire, c'est que je l'ai opérée moi-même trois fois. Une première opération vaginale ayant échoué, je fis une taille hypogastrique qui me permit d'attaquer la fistule par la vessie. Je vis alors que l'orifice urétéral confinait aux lèvres de la fistule; fatalement on le prenait dans la suture, et je m'explique ainsi les insuccès antérieurs. Redoutant la présence des fils au contact de l'urine à cause de la formation des calculs, je décollai toute la paroi vésicale gauche jusqu'à la fistule et c'est par la face externe de cette paroi (en dehors de la vessie, par conséquent) que je fis la suture de la fistule avec de fins catguts. Ces fils étaient noués en dehors de la vessie et passaient sous la muqueuse, sans la comprendre dans leurs anses. Il n'y avait donc pas de contact possible entre eux et l'urine.

Le succès ne fut que partiel; il persista une petite fistule dont je vins à bout dans une dernière intervention vaginale.

Adosser de larges surfaces, placer les fils de telle façon qu'ils ne puissent baigner dans l'urine et devenir le centre de concrétions calculeuses; s'attacher enfin à ce que les fils comprennent bien toute l'épaisseur des parois vésicales (muqueuse exceptée) afin de ne pas laisser en communication avec la vessie de petits clapiers cruentés très favorables, eux aussi, à des formations calculeuses enchatonnées dont l'ablation est parfois très laborieuse (j'en ai vu quelques cas), telles sont les règles qui pour moi doivent présider à cette intervention.

M. Ricard. — Je répondrai un simple mot à M. Paul Segond. Je ne place jamais de fils sur la muqueuse vésicale; tous les fils sont du côté du vagin pour éviter les inconvénients que vient de nous signaler notre collègue.

M. Richelot me permettra de lui faire observer que le procédé de Braquehaye n'est pas un procédé de dédoublement : c'est une modification du procédé américain. Il utilise la surface de la collerette au lieu de la rejeter. Ce procédé d'avivement est

impossible dans les cas de fistule difficile bridée par du tissu de cicatrice ; il n'a aucun rapport avec le procédé de dédoublement dont le temps important est la libération et la mobilisation de larges lambeaux vaginaux.

Présentation de malade.

Un cas de tarsectomie postérieure totale.

M. Loison. — Observation. — Le nommé L..., soldat au 39e régiment d'infanterie, robuste et sans antécédents héréditaires ou personnels, présente, le 16 février 1900, à la suite de longues marches, une blessure du dos du pied droit. Cette excoriation fut le point de départ d'une lymphangite qui nécessita son envoi à l'hôpital du Val-de-Grâce, le 21 du même mois.

A l'entrée, on constate que toute la région du cou-de-pied est le siège d'une tuméfaction phlegmoneuse large et diffuse, plus accentuée sur les parties latérales et particulièrement au pour tour dela malléole interne, où la peau se montre avec une teinte violacée. Une petite ulcération superficielle existe sur le dos du pied, au niveau des tendons extenseurs des orteils.

Les mouvements actifs et passifs des articulations de la région s'exécutent sans douleur.

Il semble qu'il y ait un point fluctuant en arrière de la malléole interne.

L'œdème remonte sur la jambe et la partie inférieure de la cuisse. On trouve un ganglion inguinal un peu gros, légèrement douloureux.

La température est de 40°2 le soir.

22 *février*. — La température reste à 38°7 le matin. Une incision pratiquée derrière la malléole interne laisse écouler de la sérosité et du sang, mais pas de pus.

Pansement humide. Temp. 39°5 le soir.

Les jours suivants, le thermomètre oscille entre 38 et 39 degrés. La pression fait sourdre un peu de pus par l'incision rétro-malléolaire interne que l'on agrandit vers le haut.

26 *février*. — La plaie suppure abondamment. On fait une contre-ouverture derrière la malléole externe et l'on passe transversalement un drain en arrière du tendon d'Achille. La fièvre est de 40 degrés le soir.

28 *février*. — L'inflammation et la tuméfaction de la région du cou-de-pied persistent et la suppuration ne fait qu'augmenter. L'exploration montre que l'interligne sous-astragalien semble envahi.

Deux incisions verticales sont immédiatement pratiquées sur la face antérieure du cou-de-pied, en dedans et en dehors des tendons exten-

seurs; il ne sort pas de pus, mais le doigt explore des foyers de décollement étendus et perçoit une dénudation du squelette de la face interne du cou-de-pied. Drainage, irrigation et pansement humide.

1er *mars*. — L'état local ne s'améliorant pas et la fièvre continuant, je procède à l'ablation de l'astragale, en utilisant comme voie de passage les deux incisions antérieures pratiquées la veille. L'os enlevé, le doigt pénètre dans le trajet d'une fusée purulente qui suit la gouttière calcanéenne et dissèque la plante du pied. Je fais une incision à travers le milieu de la plante et passe un drain dans le canal calcanéen.

Du 2 au 25 mars. — L'état général se relève un peu, bien que la fièvre persiste sous forme rémittente, mais les lésions locales semblent plutôt progresser. Plusieurs incisions ont dû être effectuées à la partie moyenne et supérieure des faces interne, externe et postérieure de la jambe, pour drainer de nouvelles fusées purulentes qui ont envahi les gaines celluleuses des muscles de ces régions.

26 *mars*. — En faisant le pansement, on constate à la face postérieure du talon une escarre ayant les dimensions d'une pièce de deux francs. Explorant alors attentivement le calcanéum, nous le trouvons dénudé sur de larges surfaces et présentant des foyers étendus d'ostéite raréfiante. Nous procédons immédiatement à son extraction, qui nous paraît nécessaire; mais comme nous ne voulons pas pratiquer de nouvelles incisions, de crainte de compromettre la vitalité déjà si précaire des tissus de la région, nous utilisons les ouvertures cutanées existantes. L'opération est rendue ainsi plus difficile, mais nous parvenons à la mener à bonne fin.

Si les os du tarse antérieur sont jugés sains à l'exploration, il n'en est pas de même du tibia, dont nous sommes obligés d'évider la partie centrale de l'épiphyse inférieure, sur une hauteur de 6 à 8 centimètres. Après avoir promené le thermocautère dans les différents recoins envahis par la suppuration, et avoir vigoureusement chauffé les parois de la cavité creusée dans le tibia, nous drainons largement le foyer opératoire et tous les diverticules qui en partent.

La température se maintient encore entre 38 et 39 degrés jusqu'au 4 avril, puis l'apyrexie s'établit, les plaies se détergent, granulent, et la cicatrisation se fait progressivement.

15 *mai*. — Les drains ont été retirés les uns après les autres; la suppuration est maintenant peu abondante. Le membre est placé dans une gouttière plâtrée, de façon à permettre au malade de se lever et de marcher avec des béquilles.

8 *août*. — L'élimination d'un petit séquestre amène l'ulcération de la cicatrice située derrière la malléole interne, et la formation de deux trajets fistuleux qui se ferment dans les premiers jours de septembre, après quelques séances de thermocautérisation profonde.

On commence alors le traitement par les bains chauds et les massages quotidiens, pour combattre l'engorgement des tissus et l'infiltration œdémateuse qui remonte encore jusqu'aux environs du genou, et l'on emploie l'électrothérapie pour tenter de rendre un peu de vigueur aux muscles de la jambe.

État au commencement d'octobre. — Il persiste un peu d'engorgement du tissu cellulaire du pied et de la partie inférieure de la jambe, mais les plaies sont complètement cicatrisées. Le malade se lève toute la journée et circule en s'aidant d'une canne, le pied chaussé d'une sorte de pantoufle en drap qu'il s'est confectionnée lui-même, en attendant une chaussure à dessus souple et à semelle et talon surélevés. Très grand et très robuste, de poids respectable, il peut se tenir debout pendant quelques secondes sur le seul pied malade, l'autre étant en l'air. Les orteils sont en position normale, mais présentent encore quelque raideur dans le jeu de leurs articulations. Il n'existe pas d'ankylose tibio-tarsienne et quelques légers mouvements de flexion et d'extension du pied sur la jambe sont possibles.

En comparant l''empreinte des deux plantes, on remarque que le pied malade est raccourci dans le sens antéro-postérieur; il ne mesure, depuis la racine des orteils jusqu'à la partie postérieure du talon, que 17 centimètres, tandis que le pied sain a 23 centimètres.

Le pied est sensiblement à angle droit sur la jambe, ainsi qu'on peut s'en rendre compte en examinant le sujet et les photographies représentant la face interne et la face externe du membre.

La radiographie nous permet de voir ce qui s'est passé du côté du squelette, et d'étudier sa constitution actuelle.

Sur l'épreuve prise dans le sens antéro-postérieur, nous pouvons tout simplement constater que les parties inférieures du tibia et du péroné sont entourées d'un manchon d'ossification périostique assez important, atteignant 15 millimètres environ d'épaisseur sur la face interne du tibia.

L'image obtenue par la projection transversale du pied sur la plaque sensible est plus intéressante. Une ébauche d'articulation nouvelle semble s'être produite entre la face postérieure du scaphoïde et le bord antérieur du tibia un peu hyperostosé, tandis que le cuboïde s'est légèrement engagé sous la mortaise tibio-péronière. A la face postérieure du tibia on aperçoit des jetées osseuses se dirigeant de bas en haut, développées probablement dans la partie inférieure du tendon d'Achille, et assurant son insertion sur le bord postéro-intérieur de l'os. Le calcanéum ne s'est pas reformé, mais un coussinet fibro-adipeux résistant, de 4 centimètres d'épaisseur, existe entre la face inférieure du tibia et la peau et sert de point d'appui talonnier.

Il s'agit d'un résultat opératoire immédiat, datant à peine de quelques mois, que j'estime satisfaisant quand même. Il y aurait avantage à revoir le membre et à étudier son fonctionnement dans quelques années, mais le malade étant réformé et ayant le vif désir de regagner ses foyers, je ne puis préjuger du résultat tardif qu'en me basant sur l'évolution heureuse des cas similaires publiés dans la littérature.

Quelques courtes réflexions me semblent devoir faire suite à cette observation.

Nous devons nous demander tout d'abord quelles sont les autres opérations qui auraient pu être pratiquées dans la circonstance,

et si elles auraient présenté des avantages sur celle que nous avons choisie.

Deux seulement nous paraissent pouvoir être mises en parallèle avec la tarsectomie prostérieure totale : l'opération de Wladimiroff-Mickulicz et l'amputation de la jambe. Nous avons eu à songer à l'emploi de ce dernier moyen, radical, qui aurait notablement abrégé la durée du traitement; mais en présence des fusées purulentes qui remontaient jusqu'à la partie supérieure de la jambe, il eût fallu amputer au genou, ou à la rigueur au lieu d'élection, à condition de ne rechercher qu'une réunion secondaire. Nous avons pu heureusement éviter de demander au blessé ce sacrifice suprême.

Fallait-il au contraire recourir au procédé de Wladimiroff-Mickulicz? La critique que Kummer (*Revue de Chirurgie*, 1891, p. 1) et Ollier (*Traité des résections*, t. III, p. 688) ont faite de cette opération ne nous engageait guère à marcher dans cette voie. De l'avis de Kummer, la mortalité opératoire est sensiblement la même avec l'emploi de la tarsectomie postérieure et le procédé de Mickulicz, mais les résultats fonctionnels sont moins satisfaisants avec ce dernier : la soudure osseuse du pied à la jambe peut ne pas se faire, et, même si elle a lieu, la marche sur les orteils en hyperextension est moins bonne que sur une plante racourcie, offrant cependant une large base de sustentation.

La propagation des lésions à l'épiphyse inférieure du tibia et l'ulcération de la peau de la face postérieure du talon nous firent songer à l'emploi du Wladimiroff; toutefois le résultat obtenu par la tarsectomie simple nous montre que les complications précédentes ne contre-indiquent pas son emploi.

Enfin, dernier argument qui a aussi quelque valeur, la résection bornée à l'astragale et au calcanéum a l'avantage de conserver la forme générale du pied et de permettre aux opérés de se chausser comme tout le monde (Ollier).

Quelques mots du manuel opératoire que nous avons adopté. Lorsqu'on se décide d'emblée à enlever totalement le calcanéum et l'astragale, on peut commencer par extraire le calcanéum au moyen de l'incision type d'Ollier, et on procède par la même voie à l'extirpation consécutive de l'astragale. Mais, ajoute le même auteur, si l'on n'enlève le calcanéum qu'après avoir extrait l'astragale, soit dans la même séance, soit quelques jours après, on ne peut utiliser la même incision pour l'ablation des deux os, et il faut employer successivement les deux incisions propres à l'extraction isolée de chacun des os.

Pour éviter de nouveaux dégâts, nous avons eu recours à une voie d'accès un peu anormale et nous avons pu quand même

mener à bien notre double opération. Il en est du reste fréquemment ainsi, car, comme le remarque Kummer, les résections du tarse postérieur sont généralement des opérations essentiellement atypiques, et les incisions les plus diverses nécessitées par la localisation du mal conduisent l'opérateur sur le foyer malade.

M. Demoulin. — M. Loison, en présentant son malade, a surtout insisté sur ce fait, qu'après une ablation récente du calcanécum et de l'astragale, chez un jeune homme, le pied se trouve dans une bonne position, qu'il n'est pas trop déformé, qu'il repose sur le sol par une large surface, et qu'enfin, la marche est déjà possible. C'est là un fort beau résultat, dont je suis heureux de féliciter notre collègue.

Mais, dans les renseignements qu'il nous a donnés en présentant son opéré, M. Loison nous a dit qu'il avait eu affaire à une lymphangite du pied reconnaissant pour origine une petite plaie des téguments; qu'après avoir fait des incisions profondes au niveau du tarse postérieur, il avait dû, pour s'opposer à la marche envahissante de la suppuration et à la persistance des accidents généraux, faire d'autres incisions à la jambe, puis sacrifier l'astragale; qu'après l'ablation de cet os, les accidents ne s'étant point amendés, il avait dû enlever le calcanéum, et enfin, qu'à la suite de cette dernière opération, l'état général et l'état local étaient devenus meilleurs, et que le malade avait, dès lors, commencé à guérir franchement.

Je me demande, en rapprochant ces faits, si M. Loison n'a pas eu affaire à une ostéomyélite aiguë du calcanéum, puisque c'est seulement après l'extirpation de cet os que les accidents ont disparu, et cela d'autant plus, que l'âge du sujet rend cette hypothèse admissible.

D'ailleurs, dès le début de l'affection, les lésions, si j'ai bien compris M. Loison, étaient profondes puisque les incisions ont dû l'être, ainsi qu'en témoignent les cicatrices que présente le malade, et c'est encore une raison qui me fait penser à l'ostéomyélite du calcanéum.

Dans quelques cas, les symptômes de cette ostéomyélite ne s'amendent pas après une large trépanation. L'ablation totale de l'os est alors la seule ressource et quand elle a été faite, tous les accidents disparaissent.

M. Loison. — La lésion a débuté par la peau, et l'envahissement du tibia, de l'astragale et du calcanéum par l'inflammation nous a semblé secondaire, autant que nous avons pu en juger.

Élections.

MM. Chaput, Delbet et Félizet sont nommés membres de la Commission chargée d'examiner les titres des candidats au Prix Duval.

MM. Bouilley, Broca et Brun sont nommés membres de la Commission chargée d'examiner les titres des candidats au Prix Laborie.

MM. Albarran, Bazy et Tuffier sont nommés membres de la Commission chargée d'examiner les titres des candidats au Prix Ricord.

Le Secrétaire annuel,

Ad. Jalaguier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 17 OCTOBRE 1900

Présidence de M. RICHELOT.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. BEURNIER qui, retenu par une légère indisposition, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Une lettre de M. le Dr H. HERBET, prosecteur de l'amphithéâtre des hôpitaux, qui offre à la Société sa thèse inaugurale intitulée : *Le sympathique cervical. Étude anatomique et chirurgicale*, et qui demande à être inscrit sur la liste des candidats aux prix Marjolin-Duval.

A propos de la correspondance.

La marche dans la coxo-tuberculose.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE présente un mémoire intéressant du Dr Romnicianu (de Bucarest) membre correspondant de la Société, sur *la marche dans la coxo-tuberculose*, étudiée à l'aide du cinématographe. Il désire que la planche et la traduction française du mémoire soient déposées dans les archives de la Société, à la disposition des membres de la Société qui voudraient consulter ce travail et donne des indications sur les principales conclusions du mémoire.

M. QUÉNU. — Je ferai remarquer que ce n'est pas la première fois qu'on étudie les boiteries pathologiques au moyen de la chrono-photographie. J'ai publié sur ce sujet avec la collaboration de M. Demeny un mémoire qui a été présenté à l'Institut ; les observations avaient été enregistrées avec l'appareil de Marey.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Certainement ce mémoire confirme

des faits déjà anciens, mais ils méritent d'être étudiés et ce mémoire reste à la disposition de ceux d'entre vous qui voudraient les consulter.

Communication.

Cirrhose hépatique guérie par la cholécystostomie. Fistule biliaire. Cholécystectomie sous-séreuse secondaire,

par M. PAUCHET (d'Amiens).

Remis à l'examen d'une commission : M. Michaux, rapporteur.

Rapports.

Trois cas de cure radicale de hernie ombilicale chez des enfants nègres; réflexions sur la fréquence des hernies chez les Arabes des régions sahariennes, les populations berbères (Beni-Mzab) et les nègres, par M. Huguet.

Rapport de M. PAUL BERGER.

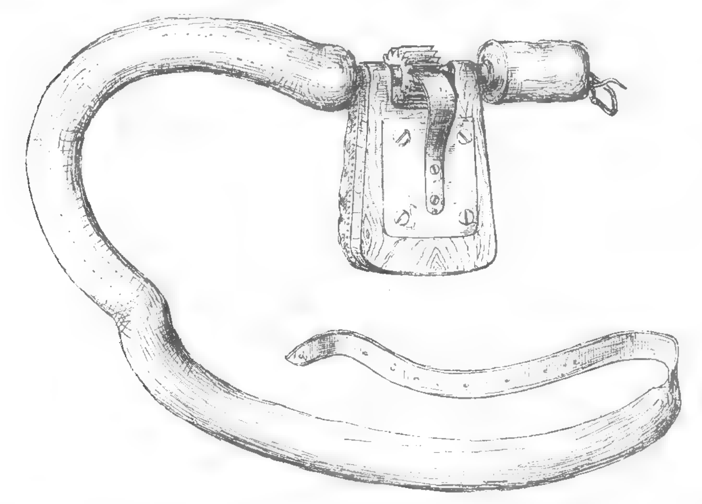
M. le Dr Huguet vous a adressé la relation de trois cas de cures radicales de hernies ombilicales qu'il avait pratiquées sur un jeune nègre âgé de onze ans, évadé de chez les nomades Chambaas, sur un petit indigène de sept ans, originaire de Mossi et faisant partie de la mission des Pères blancs, et sur un petit nègre du Soudan. Chez tous les trois, la hernie, dont le volume variait des dimensions d'un œuf de poule à celles d'un œuf de pigeon, fut opérée par le procédé de M. Le Dentu. Dans les deux derniers cas, la réunion fut obtenue par première intention; dans le premier, il y eut quelque suppuration due à l'indocilité de l'enfant, qui défit son pansement, mais la guérison ne fut que retardée.

M. Huguet insiste sur la difficulté que l'on aurait à faire une bonne réunion de la paroi après une omphalectomie un peu largement pratiquée par le procédé de Condamin ou tout autre semblable, chez des enfants nègres, dont le ventre est volumineux et saillant, et qui ont presque toujours un gros foie débordant le rebord costal, une rate parfois énorme. Plus que chez les autres sujets il est nécessaire d'obtenir chez eux la réunion par première intention, car les cicatrices, dans la race nègre, ont une tendance très marquée à devenir chéloïdiennes ou à se laisser distendre.

La hernie ombilicale paraît d'ailleurs plus fréquente chez les enfants nègres que les hernies inguinales. M. Huguet, qui a porté sur ce point son attention d'une manière particulière, n'a jamais eu l'occasion d'observer ces dernières chez des enfants en bas

âge, tandis que les hernies ombilicales sont relativement fréquentes. Il attribue ce fait aux travaux excessifs, et aux marches forcées dont on accable ces enfants, et à la négligence avec laquelle on abandonne à elle-même l'élimination du cordon.

Notre confrère a d'ailleurs été amené à rechercher la fréquence des hernies chez les Sahariens de race blanche, les Arabes et les Berbères. Chez les nomades arabes (Said-Otba, Larbaa, Chambaa, etc.) les hernies sont très rares, et M. Huguet n'a pu relever que deux cas de hernies inguinales en tout. Au contraire, les Berbères, dont la vie est cependant sédentaire, présentent un



Bandage inguinal en usage chez les Beni-Mzab.

beaucoup plus grand nombre de hernies; chez les adultes, la hernie la plus fréquente est la hernie inguinale avec prédominance à droite. L'évaluation que M. Huguet fait de leur fréquence doit être bien au-dessous de la réalité, puisqu'il n'a constaté qu'une proportion de 4 hernieux environ sur 1000 individus des deux sexes; cette rareté des hernies observées tient certainement au soin avec lequel les indigènes cachent leur infirmité, comme d'ailleurs tout ce qui touche à leur existence intime.

M. Huguet vous envoie le dessin, fort curieux, du bandage que les Beni-Mzab emploient pour contenir leurs hernies inguinales. C'est un bandage à pelote à crémaillère et, tout grossier qu'il soit, notre confrère a pu constater qu'il remplit assez bien son usage et qu'il ne blesse pas ceux qui le portent.

Il est construit sur le même modèle que le bandage connu sous le nom de *bandage de l'arquebusier Morin*, inventé vers 1771 par un artisan de Grenoble, et auquel le professeur Hoffa a donné un

regain d'actualité. Nous doutons fort que les efforts de l'ingénieux orthopédiste de Würtzburg, parviennent à remettre en honneur ce système fondé sur un principe mécanique défectueux, et qui n'est plus employé que dans les tribus du nord de l'Afrique, où M. Huguet a su le retrouver.

Observation de fibro-sarcome du vagin chez une enfant de six ans. — Fibro-sarcome de la paupière et de la joue droite chez une femme de vingt-cinq ans; ablation, restauration de la paupière, guérison. — Observation d'un cas de sarcome ossifiant de la région naso-frontale chez un enfant, par M. HUGUET.

Rapport de M. PAUL BERGER.

De ces trois observations de sarcomes recueillies par l'auteur sur des indigènes, la première surtout présente de l'intérêt, en raison de la rareté des sarcomes circonscrits du vagin.

La tumeur observée par M. Huguet avait le volume d'un œuf de poule; elle était dure, bosselée et même multilobée, de couleur blanche; elle s'implantait par un large pédicule à 6 centimètres de profondeur sur la paroi antérieure du vagin. Son ablation fut rendue un peu délicate par la crainte d'intéresser l'urètre; elle put être pratiquée néanmoins d'une manière complète dans les tissus sains. La perte de substance fut aussitôt réparée par la suture.

L'examen histologique, pratiqué par M. le Dr Fernand Bezançon au laboratoire de clinique de la Pitié, démontra qu'il s'agissait d'un fibro-sarcome avec prédominance de tissu conjonctif adulte.

L'existence, tout à fait exceptionnelle à cet âge, d'une variété de tumeur assez rare déjà par elle-même, méritait d'être signalée.

Nous nous bornons à mentionner la deuxième observation dans laquelle l'auteur a très élégamment restauré la paupière inférieure dont il avait dû pratiquer l'extirpation complète, en se servant d'un lambeau emprunté à la région malaire.

Enfin M. Huguet rapporte l'histoire d'un enfant indigène dont il ne nous dit pas l'âge et sur la région frontale duquel, au niveau de la fosse nasale, s'était développée une tumeur dure, ayant les apparences d'une exostose. M. Huguet pensa d'abord qu'il s'agissait d'une exostose syphilitique; mais la tumeur augmentant rapidement de volume, et commençant à déterminer des troubles cérébraux (crises de céphalée suivies d'un état comateux plus ou moins prolongé), il devint évident qu'il s'agissait d'une tumeur maligne et notre confrère résolut d'en pratiquer l'ablation. Après avoir détaché deux lambeaux périostiques, il fit tomber d'un trait de scie la partie la plus saillante de la tumeur dont la coupe présentait tous les caractères d'un sarcome ossi-

fiant; puis, avec la gouge et le maillet, il poursuivit son extirpation sans intéresser néanmoins la lame compacte interne. Cette opération, forcément incomplète, fut suivie d'une récidive rapide à laquelle l'enfant, opéré au mois d'avril, succombait en février.

Nous pensons qu'une extirpation, telle que l'a tentée M. Huguet, ne pourrait donner de chances de guérison véritable que s'il s'agissait d'une tumeur à myéloplaxes. Les symptômes de compression cérébrale indiquaient nettement que la totalité de l'épaisseur de la paroi cranienne était envahie; je crois qu'il eût mieux valu ou ne rien faire, ou avoir recours à l'excision complète et assez large de toute la partie de l'enveloppe osseuse du crâne où s'était développée la tumeur. Celle-ci était médiane; on s'exposait donc en agissant ainsi à intéresser la dure-mère, la faux du cerveau et le sinus longitudinal près de son extrémité antérieure, ce qui aggravait certainement le pronostic; un certain nombre d'observations ont prouvé qu'on peut pousser jusque-là et même au delà l'intervention; malheureusement le résultat éloigné de ces opérations, si largement qu'elles soient conduites, n'a pas répondu aux progrès de la technique chirurgicale, et la récidive des tumeurs malignes du crâne est encore une règle presque sans exception. Il est donc à présumer que le jeune opéré de M. Huguet n'eût pas retiré un bénéfice durable d'une extirpation beaucoup plus radicale, et l'on ne saurait blâmer M. Huguet de n'avoir pas voulu lui en faire courir les chances.

M. Reclus. — A propos du dernier rapport de M. Berger, je désire faire une remarque. Nous pensons tous que lorsqu'un os est atteint de néoplasme, il faut l'enlever tout entier. Cependant, j'ai vu un malade présentant une tumeur du plancher de la bouche adhérente au maxillaire. Le Dr Faure, qui me remplaçait, fit sur mes conseils une ablation limitée à la table interne du maxillaire, respectant la table externe. Il n'y a pas eu de récidive et ce résultat est d'autant plus remarquable qu'il s'agissait d'un épithélioma. Je ne conseillerai pas cependant de répéter ces interventions paradoxales et je pense qu'en présence d'un néoplasme osseux, il faut enlever le plus loin et le plus complètement possible.

M. Berger. — Je connais les observations de Buffet (d'Elbeuf), de Reclus, de Schwartz, d'ablation de sarcome des os, en laissant la portion de l'os paraissant saine. J'ai été certainement tenté de les employer, mais je préfère, à ces résections, les opérations de désarticulation ou d'amputation qui plus sûrement permettent d'enlever la totalité du mal; et cependant, ces ablations larges ne mettent pas à l'abri de la récidive et il me revient le souvenir

d'un opéré ainsi traité qui a succombé à une tumeur pulsatile du crâne, récidive d'une tumeur de l'humérus qui n'était qu'une tumeur à myéloplaxes et pour laquelle j'avais pratiqué la désarticulation du bras.

Anastomose iléo-sigmoïde. Cancer de l'angle du côlon ascendant et du côlon transverse. Occlusion intestinale. Régularité des fonctions intestinales par cette voie de dérivation, par M. CHARRIER (d'Angers).

Rapport de M. TUFFIER.

M. Charrier (d'Angers) nous adresse un fait tout d'actualité. La conduite à tenir en présence des néoplasmes de l'intestin est encore discutée, et surtout elle varie avec la forme, le siège, l'étendue, les complications de ces néoplasmes.

Voici les circonstances dans lesquelles M. Charrier a dû intervenir, et voici comment il a très heureusement agi.

Mme B..., habitant le département de la Mayenne, est âgée de trente-cinq ans. Elle a bonne santé; nous ne trouvons aucun trouble à signaler du côté de l'intestin; appétit satisfaisant, fonctions digestives régulières, jamais d'alternatives de constipation ni de diarrhée.

C'est brusquement, en mai 1899, que se sont manifestés les troubles intestinaux. Mme B. est prise de coliques violentes dans tout le ventre, avec maximum dans la fosse iliaque droite. Le ventre est ballonné, douloureux à la pression, surtout à droite; la constipation est absolue. Il n'en faut pas davantage pour faire songer à une appendicite. Traitement par repos au lit, émollients sur le ventre, lavements évacuants. Finalement les symptômes s'apaisent, la malade va à la selle, la crise a duré trois jours.

Juin 1899. — Deuxième crise, analogue à la première, survenue sans cause et avec la même brusquerie, terminée de la même façon au bout de trois jours. *Juillet* 1899. — Troisième crise, analogue aux deux précédentes mais plus intense; le maximum douloureux est toujours dans la fosse iliaque droite; la malade perçoit, et le médecin constate une tuméfaction très nette, à droite, au-dessus de l'arcade crurale; *la constipation est absolue;* cette crise dure cinq jours. — Pendant les périodes d'accalmie, la malade souffre toujours dans le ventre et ne va à la selle que par lavements savonneux ou autres. L'état général reste mauvais. La malade mange peu, choisit sa nourriture, vit surtout de lait, bouillon, œufs; l'amaigrissement est remarqué par l'entourage. *Août* 1899. — Quatrième crise plus violente encore que les autres; les évacuants ne donnent aucun résultat; vomissements fréquents, bilieux au début, d'autant plus abondants que la malade absorbe davantage de liquides; les douleurs du ventre sont intolérables, le maximum toujours à droite; privation de sommeil depuis plusieurs jours à cause de l'intensité des douleurs abdominales. 19 *août* 1899. — Je vois cette dame le soir à cinq heures. L'abdomen est tendu, ballonné

sonore dans toutes les régions; borborygmes gazeux et liquides qui augmentent pendant l'exploration. La malade souffre beaucoup; ce sont des coliques violentes, intermittentes, par crises, dont la durée est de deux à trois minutes. Ces coliques cessent quelques instants, puis reparaissent aussitôt. Le maximum de la souffrance est nettement dans la fosse iliaque droite. Dans l'intervalle des douleurs, le ventre tout entier restee ndolori, mais je ne constate pas cette sensibilité extrême des maladies inflammatoires du péritoine, ni cette défense musculaire si particulière à l'appendicite.

L'exploration du ventre est relativement facile. Dans les instants de calme, je peux enfoncer la main dans la fosse iliaque droite. Elle me semble libre; pas de boudin cæcal, pas d'empâtement apparent; le côlon ascendant n'est pas perçu. Le médecin et la malade m'affirment qu'il y a une tumeur dans la fosse iliaque droite. Je la constate, en effet, grosse comme le poing, dure et résistante, au-dessus de l'arcade crurale; mais je constate aussi sa disparition complète au bout d'une ou deux minutes, et sa réapparition quand la colique reprend toute son intensité. C'est évidemment le cæcum dont nous percevons si nettement les contractions.

L'exploration méthodique du reste de l'abdomen, fosse iliaque gauche, région stomacale et pylorique, région du côlon transverse et sous-hépatique, ne révèle rien. Les organes génitaux sont sains.

Je porte le diagnostic d'occlusion intestinale chronique avec crises aiguës. Les trois premières se sont terminées spontanément, la cause en est probablement un néoplasme de l'intestin, qui siège soit sur le cæcum lui-même, soit au-dessous de lui en un point quelconque du gros intestin.

Comme il n'y a aucune raison pour opérer d'urgence, que la malade vient de faire plusieurs heures de voiture et de chemin de fer, qu'elle est très fatiguée, je me réserve de la revoir avant d'intervenir.

Sous l'influence du repos, les vomissements cessent, une accalmie semble se produire, mais cette amélioration n'est que passagère, l'occlusion intestinale persiste aussi complète. Je décide d'intervenir, et j'agirai suivant les circonstances.

Opération. — L'opération a lieu le 25 août sous le chloroforme.

1er Temps : *Incision longitudinale, de 12 centimètres, dans la fosse iliaque droite*, sur le bord externe du grand droit. — L'appendice est normal, le cæcum est sain, fortement congestionné; nous voyons se produire et disparaître cette tumeur dont nous avons parlé. Pendant la contraction, le cæcum est tellement dur qu'on dirait qu'il va éclater.

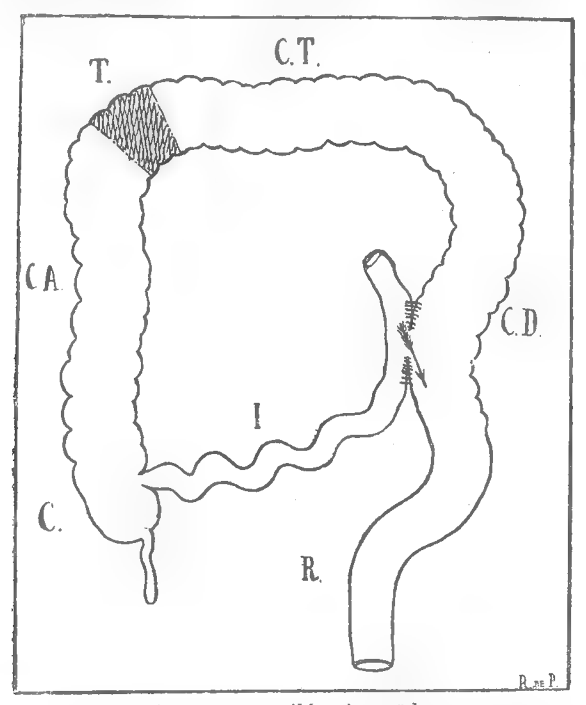
2e Temps : *Recherche de l'obstacle et conduite à tenir.* — La main droite est tout entière introduite dans le ventre, je suis le côlon ascendant que je trouvè distendu ; j'arrive sur l'angle du côlon ascendant et du transverse, où je trouve le néoplasme que je supposais exister. C'est une tumeur de la grosseur d'un œuf, située sous le foie, siégeant sur l'angle du côlon adhérent en arrière.

3e Temps : *Laparotomie gauche. Anastomose iléo-sigmoïde.* — Incision de 12 à 15 centimètres sur le bord externe du grand droit gauche,

l'S iliaque est attiré dans la plaie. La dernière anse de l'intestin grêle est reconnue. L'anastomose est faite suivant le procédé ordinaire par quatre plans de sutures à la soie fine, deux postérieurs, deux antérieurs.

Anatomiquement, l'anastomose a porté d'une part sur l'iléon à 0m,20 au-dessus de la valvule iléo-cæcale, d'autre part, sur la première partie de l'anse sigmoïde, dans la fosse iliaque gauche.

Je note en passant : 1° les contractions de l'intestin grêle qui se pro-



Anostomose iléo-sigmoïde
pour tumeur siégeant à l'angle droit du côlon.

C., Cæcum; C. A., Côlon ascendant; T., Tumeur; C. T., Côlon transverse C. D., Côlon descendant; R., Rectum.

La flèche indique le cours dérivé des substances alimentaires.

duisent sous nos yeux malgré les pinces placées au-dessus et au-dessous du point à anastomoser; 2° l'étroitesse de l'S iliaque, large environ comme un travers de doigt : la raison en est sans doute que le gros intestin est presque hors de service depuis trois mois ; c'est sur cette bandelette intestinale de deux centimètres et demi qu'il faut exécuter quatre plans de sutures; 3° il n'est pas facile d'attirer l'S iliaque en dehors du ventre, je le maintiens au niveau de la peau par un gros fil de soie placé en sangle au-dessous de lui, ce fil est retiré ensuite.

4e Temps : Suture des incisions abdominales par deux plans profonds au catgut et un plan superficiel aux crins de Florence.

Durée de l'intervention, cinquante minutes.

Suites opératoires. — Le 1er jour : la malade rend des selles par l'anus, une heure après l'opération. Une vraie débâcle suit pendant les vingt-quatre premières heures : c'est l'intestin grêle qui se vide. L'anastomose a donc fonctionné aussitôt. Journée satisfaisante, sérum artificiel 500 grammes dans la soirée. Après une dépression un peu plus marquée le troisième jour, les forces viennent, l'alimentation est possible. 5e au 20e jour : amélioration lente, mais progressive; elle peut retourner chez elle le 15 septembre, et accomplir un voyage de trois heures. Les selles restent liquides pendant environ cinq à six semaines pour devenir alors normales.

1er *décembre* : les nouvelles sont satisfaisantes, selles régulières, pas un seul vomissement depuis l'opération; la malade reste levée six à sept heures par jour, peut marcher, a repris 3 kilogrammes.

M. Charrier, fait suivre cette observation de nombreux et intéressants commentaires. Je crois cependant que la conduite qu'il a tenue était tout indiquée. En face d'une tumeur inopérable de l'intestin, compliquée d'occlusion, nous faisons tous l'entéro-anastomose. La discussion ne peut s'ouvrir que sur le siège de cette anastomose. Dans le cas particulier, l'obstacle occupait l'angle droit du côlon; on pouvait donc faire une colo-anastomose. Il est certain que l'idéal serait d'anastomoser les deux régions le plus rapprochées du néoplasme, pour exclure le minimum d'intestin. Mais chez ce malade, la difficulté de rapprocher le côlon transverse ou le côlon descendant du cæcum n'ont pas permis de réaliser cet idéal et l'auteur a dû se reporter jusqu'à la terminaison de l'iléon pour obtenir une anastomose facile.

J'approuve la conduite de notre collègue; il vaut mieux faire une exclusion intestinale plus étendue, que de provoquer des tiraillements de la suture. Non seulement cette tension entre les anses intestinales est mauvaise pour la solidité de l'anastomose mais aussi pour son bon fonctionnement, ces anses ainsi tendues fermant la boutonnière créée entre les deux intestins; elles forment de véritables brides intrapéritonéales qui pourraient, ultérieurement, compromettre la perméabilité des autres anses de l'intestin. Toutefois, il ne faudrait pas faire de cette anastomose iléo-colique gauche une méthode de choix. L'anse oméga est souvent assez flottante pour être amenée au contact du cæcum, et l'anastomose latérale faite ainsi, sur des canaux de même épaisseur, de même volume, et destinés aux mêmes fonctions est de tous points préférable.

Quant à la suture, je la crois supérieure ici à l'emploi du bouton de Murphy. M. Charrier a suivi le procédé classique. J'ai modifié depuis une année, à cet égard, ma façon de faire que j'avais exposée dans la thèse de mon élève Desfosses (*Thèse* de de Paris, 1898). J'ai souvent répété ici que toute opération sur le

canal alimentaire abdominal comprenait deux temps : l'un aseptique qui va de l'ouverture du ventre à l'ouverture de la muqueuse gastro-intestinale, l'autre qui s'étend de l'ouverture du canal septique à la fermeture de l'abdomen. Je me suis toujours efforcé de réduire au minimum ce dernier. A partir du moment où nous devons travailler sur la muqueuse gastro-intestinale nous ne pouvons plus répondre de notre asepsie; cette septicité *de dedans en dehors* joue un bien plus grand rôle que la septicité de dehors en dedans. Pour ma part je la redoute maintenant beaucoup plus, parce que je considère qu'il nous est bien plus difficile de nous en défendre. Afin de réduire au minimum ce temps opératoire, je place non seulement tous mes fils séro-séreux antérieurs et postérieurs avant l'ouverture de l'intestin, mais je passe *mon surjet muco-muqueux* ou cruenté postérieur, sans ouvrir la cavité intestinale. Il est probable que cela a été fait déjà, et je ne prétends pas à une invention ; toutefois, voici comment je procède.

Qu'il s'agisse d'une gastro-entérostomie ou d'une entéro-anastomose, je place mes fils séro-séreux postérieurs et antérieurs tels que je l'ai décrit et figuré dans la thèse de Desfosses; puis, au lieu d'ouvrir en un seul temps l'intestin et l'estomac, j'incise seulement les tuniques séreuses et musculeuses de ces conduits, de façon à mettre la muqueuse à nu sans l'ouvrir. Cette incision découvre un losange de la face profonde de la muqueuse; alors je couds les deux lèvres postérieure muco-cruentée gastrique et intestinale. J'ai ainsi un surjet muco-muqueux postérieur; alors seulement j'ouvre les deux conduits le long de cette ligne postérieure et il ne me reste plus qu'à suturer les deux lèvres muco-cruentées antérieures pour oblitérer la lumière de l'intestin. Je diminue ainsi de plus de moitié le temps pendant lequel la cavité gastro-intestinale est ouverte. J'ai fait chronométrer pendant mes dix dernières opérations la durée de l'ouverture de l'intestin; elle varie de quarante à soixante-cinq secondes. Le danger d'inoculation du péritoine dure donc à peine une minute.

M. Charrier se demande s'il n'aurait pas dû créer une fistulette cæcale à la Mosetig-Moorhof. L'expérience prouve qu'il a pu s'en passer. Sans doute cette soupape de sûreté est théoriquement utile. Cependant toutes ces évacuations de matières stercorales à la surface de l'abdomen sont si pénibles pour les malades, leur état est si différent quand le cours des matières est régulier, que je crois qu'il y a tout intérêt à éviter ou à supprimer ces évacuations.

Telles sont, Messieurs, les quelques considérations que je voulais vous présenter à propos de l'intéressante observation de M. Charrier. Je vous propose de lui adresser nos remerciements

et je vous prie de vous rappeler ses nombreuses publications lors de votre classement des candidats au titre de membre correspondant de votre Société.

M. Quénu. — Dans une communication faite il y a deux ans, sur le cancer du côlon pelvien, je me suis montré très partisan des entéro-anastomoses, les préférant à l'anus contre nature cæcal.

Autant l'anus contre nature pratiqué sur l'S iliaque est supportable, autant ne l'est pas l'anus cæcal, car les matières arrivent liquides de l'intestin grêle, et rendent la vie pénible au malade par suite des débâcles qu'elles produisent. Il faut ajouter cependant, que lorsqu'on est appelé au moment d'une occlusion, d'une crise aiguë, il faut bien se résigner à l'anus cæcal.

J'irai plus loin que M. Tuffier, et dirai que chez les malades même très affaiblis, l'opération de l'entéro-anastomose est recommandable. Je l'ai pratiquée sur un malade de Boulogne, envoyé par Brun, atteint d'un cancer à l'union du côlon transverse et du côlon ascendant, et très cachectique. Je lui fis la laparotomie et constatai que l'angle du côlon était adhérent au foie, et après avoir apprécié l'impossibilité de l'ablation, à cause des adhérences au grand épiploon et au foie, je fis une anastomase entre la fin de l'intestin grêle et l'anse sigmoïde. Le cours des matières se rétablit, les douleurs disparurent et le malade succomba à la cachexie, mais sans souffrances, trois mois après cette intervention.

Les opérés sont donc très soulagés par cette opération. M. Tuffier a dit qu'il ne faisait pas de coprostase. Je comprends cette abstention pour la gastro-entérostomie, mais dans les entéro-anastomoses je ne vois pas pourquoi on se refuserait à placer des pinces sur l'anse grêle, ce qui n'offre aucune gêne et assure une suture étanche.

M. Berger. — M. Tuffier vous a parlé des accidents de rétention qui se développent au-dessus de la valvule iléo-cæcale dans les cas d'entéro-anastomose, et de la nécessité de créer une fistule cæcale en pareille circonstance. C'est pour répondre à cette indication qu'on a eu recours à l'exclusion de la partie d'intestin, opération dont la gravité a depuis lors amené un certain revirement en sens opposé.

Nous convenons tous que l'anus cæcal est une ressource détestable; que l'entéro-anastomose est le procédé de choix; mais quelle est son utilité, s'il faut le compliquer d'une fistule cæcale qui a tous les inconvénients de l'anus contre nature? Heureusement cette nécessité se présente rarement, et le fait très intéressant de M. Charrier montre qu'à la suite de l'entéro-anastomose, les matières reprennent souvent leur cours naturel, qu'il

s'agisse d'une lésion organique ou que l'obstacle dépende de la compression de l'intestin par des masses et des exsudats inflammatoires.

M. Guinard. — Je trouve que M. Berger a été sévère pour l'exclusion de l'intestin. Cette opération, très prônée à l'étranger, a en France un regain d'actualité par la publication du mémoire de M. Terrier dans la *Revue de chirurgie*.

La fistule cæcale n'est en rien comparable à l'anus cæcal; par l'orifice fistuleux, il ne passe qu'une infime quantité de matières, et, au bout de très peu de temps, l'oblitération se produit spontanément dans un grand nombre de cas. C'est donc une fistule insignifiante qui met à l'abri des accidents, et cette sorte d'exclusion de l'intestin, que j'appelle « *exclusion ouverte* », peut rendre de grands services dans les cas de cancer inextirpable.

M. Le Dentu. — Je désire appuyer ce que vient de dire M. Guinard : si l'exclusion fermée est une mauvaise opération, l'exclusion avec fistule est une ressource des plus recommandables qu'il ne faut pas laisser de côté ; elle a fait ses preuves à l'étranger. Je l'emploierai à la première occasion et je la défends avec conviction.

M. Tuffier. — Je regarde l'anus artificiel comme un pis aller et l'entéro-anastomose comme la méthode de choix ; ce sont les accidents et l'état général du malade qui commandent l'une ou l'autre. Je ne fais pas de coprostase, sauf dans les cas exceptionnels; c'est pourquoi j'emploie le petit artifice opératoire que je viens de vous signaler (suture muco-muqueuse première). Mais si je voulais oblitérer l'intestin je ne me servirais pas de pinces, j'emploierais un procédé qui est courant en physiologie expérimentale. Vous savez tous que pour oblitérer la lumière d'un canal souple il suffit de le couder; eh bien! pour oblitérer un vaisseau sanguin ou un conduit intestinal on le coude en passant au-dessus et au-dessous de la région que l'on désire ouvrir une simple anse de fil. Cette anse placée, on tire ses deux chefs pour couder et oblitérer la lumière du conduit; il suffit d'exercer une traction plus ou moins forte pour suspendre ou rétablir le cours du sang et des matières. Ce procédé est préférable à la ligature temporaire, il ménage beaucoup mieux la paroi. Je l'ai employé maintes fois sur les artères de l'homme, et je l'ai essayé bien des fois sur l'intestin des animaux dans mes démonstrations de chirurgie expérimentale.

La fistulisation de l'anse intestinale exclue est une complication qui peut être un sérieux inconvénient, quoi qu'en dise Mosetig-Moorhof. Je crois donc qu'il faut réserver pour un temps

ultérieur ce complément opératoire, et ne l'appliquer que si des accidents menacent l'anse intestinale distendue.

Présentation de pièces.

Kystes dermoïdes des deux ovaires.

M. POTHERAT. — Les pièces anatomiques que voici représentent deux kystes dermoïdes que j'ai enlevés à la même femme il y a un mois. C'était une femme jeune encore, car elle n'était âgée que de trente-six ans. Elle portait sa lésion depuis très longtemps, selon toute probabilité, car elle avait remarqué, il y a nombre d'années, que son ventre gardait un gros volume ; mais c'était une campagnarde, se préoccupant peu d'elle-même, souffrant d'ailleurs très modérément, et elle avait continué ses occupations sans plus s'inquiéter de son « gros ventre ». Mais cette année, les douleurs abdominales étaient devenues plus vives, au point, en ces derniers temps, d'empêcher tout travail; de plus, l'appétit s'était perdu, les fonctions digestives s'exécutaient très mal, la constipation était opiniâtre; aussi, l'amaigrissement était survenu, rapide, considérable. Quand la malade me fut amenée, elle était très émaciée, mangeant très peu, vieillie, cachectisée à un très haut point.

Le ventre, saillant au-dessus du pubis, est nettement fluctuant à la palpation directe; mais le « flot » n'existe pas. Au toucher le col est normal, le corps utérin est augmenté de volume, fixé dans le bassin; dans le cul-de-sac gauche, il existe une masse irrégulière, adhérente, dure, non douloureuse.

Mon diagnostic est kyste de l'ovaire compliqué d'annexite et de fibrome utérin.

Le 15 septembre dernier, j'opère la malade avec l'assistance de son médecin et de mes élèves. Laparotomie; mise à découvert d'un kyste gros comme une tête d'adulte; ponction; issue d'une notable quantité de liquide louche dans lequel nagent de nombreux grumeaux de matière sébacée et quelques cheveux : il s'agit donc d'un kyste dermoïde. Le kyste ne se vide pas complètement; il reste à demi rempli d'une masse pâteuse malléable, que nous avons reconnu plus tard constituée par un mastic sébacé avec de nombreux pelotons de cheveux fins, longs, châtains, enroulés sur eux-mêmes. La poche, libérée d'adhérences intestinales et épiploïques, est attirée au dehors. Je constate alors qu'elle tient fortement à la fois à l'S iliaque et au ligament large du côté *gauche.* Il y a là une masse grosse comme le poing, dure, charnue, avec laquelle est fusionné l'intestin, mais dont la trompe est distincte. Cette masse est fixée aux parois du bassin. Il n'y a pas à songer à

l'enlever, mais j'arrive à la séparer en deux plans, l'un qui suit le ligament large et l'intestin, l'autre qui s'en va avec le kyste lui-même lequel peut être enlevé sans ligature. La surface cruentée ainsi laissée à nu ne saigne pas; elle a cet aspect blanc mat, cette surface grenue, qu'on observe à la base des épithéliomas, et mon diagnostic immédiat est cancer de l'intestin propagé au ligament large. Au reste, il existe sur la portion libre du côlon pelvien, d'autres masses néoplasiques et des ganglions dans le mésentère. Un petit point de la surface avivée saignant légèrement est touché au thermo-cautère, la partie supérieure encore libre du ligament large droit est réséquée après ligature avec la trompe qui est enlevée en entier.

L'examen des annexes du côté droit montre un kyste ovarien gros comme le poing; il est enlevé sans ouverture ni ponction avec la trompe correspondante. L'utérus est gros, manifestement fibromateux. Ne voulant pas prolonger cette opération chez une femme épuisée, je le laisse, mais comme il retombe constamment sur le Douglas, je le fixe par quelques points à la paroi antérieure de l'abdomen. Après une toilette soignée du bassin et un drainage à la Mikulicz, je referme le ventre.

L'opération avait été relativement courte et assez bien supportée.

L'examen du grand kyste, outre la matière sébacée et les pelotons de poils indiqués plus haut m'a montré, fixé dans la paroi, un fragment d'os portant deux dents inclinées vers l'axe du corps. Ces dents, qui ressemblent à une molaire et à une canine, sont absolument saines. Elles ne présentent pas la moindre trace d'altération.

On sait que la carie a été signalée par divers auteurs. Je sais que Lannelongue et Magitot ont refusé de croire à une vraie carie, et ont pensé qu'il s'agit d'une sorte d'usure de la couronne. C'est une opinion, mais les faits sont indéniables ; j'ai moi-même publié il y a quelques années, une observation d'une malade que j'avais opérée à Necker, et chez laquelle une dent était atteinte d'une carie térébrante incontestable.

L'ouverture du petit kyste, celui de droite, m'a montré qu'il s'agissait, là aussi, d'un kyste dermoïde; le contenu sébacé, la présence de poils enroulés en boule, enfin l'existence d'une plaque d'os dans la paroi ne laissent place à aucun doute.

Les faits de kystes dermoïdes bilatéraux, sans être absolument exceptionnels, ne sont pas communs. C'est la première fois que j'en observe un cas. Toutefois, dans la statistique de Lebert portant sur 58 cas de kyste dermoïde de l'ovaire, 6 fois le kyste était

bilatéral et sur 97 cas examinés par Pauly, 20 fois les deux côtés présentaient la même lésion (1).

Quant à la tumeur pelvienne qui englobait le ligament large du côté droit et l'S iliaque, et partiellement enlevée, c'était bien un cancer, ainsi que l'a montré l'examen histologique d'une parcelle, pratiqué très obligeamment par mon ami, le docteur Meslay. Cet examen montrerait toutefois que le néoplasme serait plutôt un néoplasme ovarien qu'intestinal; l'envahissement de l'intestin serait secondaire, de sorte qu'il y aurait eu à la fois kyste dermoïde et dégénérescence cancéreuse de l'ovaire droit propagée à l'intestin, au ligament large, et aux parois du bassin. — « Il s'agit manifestement, dit M. Meslay, de tissu néoplasique, groupé avec le type de carcinome sous forme de grandes logettes cancéreuses au milieu d'un tissu fibreux de soutènement, constitué par des fibres conjonctives avec des cellules allongées. Les travées néoplasiques sont plus ou moins larges suivant les points; les plus larges ont leur centre dégénéré; dans les plus petites, les cellules cancéreuses se colorent jusqu'en plein centre; ce sont des cellules aplaties, plus ou moins polyédriques, ne semblant pas appartenir à l'intestin, mais rappelant bien plus exactement certaines formes de carcinome d'origine ovarienne, et très semblables aux préparations reproduites dans le *Traité gynécologique* de Labadie-Lagrave et Legueu, page 1048. »

Cette lésion néoplasique nous explique les douleurs de la malade devenues plus vives depuis deux mois, l'amaigrissement, la cachexie, l'abaissement considérable du taux des urines par oblitération de l'uretère gauche. Le rein droit devait avoir un mauvais fonctionnement, car l'anurie s'est accentuée après l'opération, et malgré une légère amélioration, provoquée par l'usage de la théobromine, la malade, opérée le 15, succombait le 26 au milieu d'accidents d'urémie à forme thoracique (anurie, abaissement thermique, dyspnée, etc.).

Gros calcul biliaire.

M. Routier présente un *gros calcul biliaire* qui a amené de l'obstruction intestinale et qu'il a enlevé par entérostomie après laparotomie, L'observation complète sera publiée dans le prochai nnuméro.

Présentation de radiographies.

Lésions de la carie sèche de l'épaule.

M. Demoulin présente une radiographie faite au laboratoire central des hôpitaux (hôpital Necker), sous la direction de M. Con-

(1) *Traité des kystes congénitaux*, de Lannelongue et Achard, p. 37.

tremoulins, et qui montre bien les *lésions de la carie sèche de l'épaule.*

Il s'agit d'une jeune fille de vingt ans qui a commencé à souffrir de l'épaule droite, à l'âge de neuf ans, au moment où elle guérissait d'un mal de Pott lombaire.

La radiographie montre, nettement, une atrophie considérable de la tête humérale, d'autant plus frappante sur l'épreuve, que le squelette de l'épaule gauche, photographié en même temps, se présente avec ses caractères normaux.

La cavité glénoïde est atteinte et présente sur son bord postérieur quelques nodules osseux.

Il y a ankylose osseuse bien nette, résultant de la fusion du reste de la tête humérale avec la cavité glénoïde déformée.

L'épreuve radiographique montre, enfin, le mal de Pott lombaire guéri, à la suite de l'affaissement et de la soudure des vertèbres de cette région.

Cette radiographie vient à l'appui de l'opinion de ceux qui admettent que la carie sèche est une lésion tuberculeuse, comme le soutenait le présentateur, dans son mémoire sur la carie sèche de l'épaule, paru en 1894, dans les *Archives générales de médecine.*

M. Demoulin a préféré la présentation de la radiographie à celle de la malade; on aurait pu faire, très facilement, en voyant cette dernière, le diagnostic de carie sèche de l'épaule et tirer cette conclusion, que la carie sèche est de nature tuberculeuse, puisque la malade a un mal de Pott; mais ce diagnostic clinique posé, l'ankylose reconnue, les lésions anatomiques n'auraient pu être précisées d'une façon aussi nette qu'avec les rayons de Röntgen.

M. Nélaton. — Cette affection n'est pas spéciale à l'articulation de l'épaule, on peut l'observer à la hanche, au genou, etc.

M. Demoulin. — Je n'ai pas dit que la carie sèche s'observe exclusivement à l'épaule, je sais qu'on l'a décrite au genou, à la hanche et même dans les os du crâne.

J'ai insisté sur ce fait que la carie sèche est bien de nature tuberculeuse; j'ajoute que pour certains auteurs l'évolution anatomique toute particulière de cette affection (fongosités petites qui ne se développent pas d'une façon exubérante, qui se transforment vite en tissu fibreux), serait due à ce que la tuberculose osseuse se développe sur un terrain arthritique, chez un arthritique devenu tuberculeux.

Le Secrétaire annuel,
Ad. Jalaguier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 24 OCTOBRE 1900

Présidence de M. RICHELOT.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. PICQUÉ, qui demande un congé de trois mois, à dater d'aujourd'hui ;

3° Une lettre de M. PAUCHET (d'Amiens), qui demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national ;

4° Un travail que M. MARTIN (de Rouen) offre à la Société, en demandant son inscription sur la liste des candidats au titre de membre correspondant de la Société ;

5° Un mémoire anonyme déposé pour le concours du Prix Laborie, avec l'épigraphe suivante : « Les arts mécaniques les plus simples exigent un long apprentissage » (La Bruyère).

A l'occasion du procès-verbal.

Les anastomoses intestinales.

M. HENRI HARTMANN. — Dans la dernière séance, notre collègue, M. Tuffier, a soulevé dans son intéressant rapport sur une observation envoyée par notre confrère, le Dr Charrier (d'Angers), une série de points ayant trait à la question des anastomoses

intestinales; le débat s'est ensuite un peu élargi à la suite de communications sur l'exclusion faite par mon maître, le professeur Berger, et par mon ami Guinard.

Il m'a dès lors paru intéressant de vous apporter ce qui résulte des quelques faits que j'ai pu observer.

Tout d'abord je vous demanderai la permission de préciser la valeur des dénominations, dont le sens varie quelque peu suivant les auteurs.

J'appelle **entéro-anastomose latérale** la simple création d'une bouche anastomotique latérale entre deux anses intestinales. C'est l'ancienne opération de Maisonneuve.

Je réserve le terme **d'exclusion** aux cas où une portion du canal intestinal est réellement exclue, par suite d'une interruption chirurgicale de sa continuité. Cette exclusion peut être *unilatérale*, lorsque l'anse exclue n'est oblitérée qu'à une de ses extrémités, l'anastomose entre les portions sus ou sous-jacentes pouvant être une anastomose latérale ou une implantation ; elle est *bilatérale* lorsque l'occlusion porte sur ses deux bouts. Dans ce dernier cas, l'exclusion bilatérale peut être *ouverte* ou *fermée*, suivant qu'il existe ou non sur elle une fistule soit spontanée, soit créée par le chirurgien.

Ceci dit sur la valeur de la terminologie employée, j'arrive aux faits discutés dans notre dernière séance.

Avec Tuffier je crois qu'en face d'une tumeur inopérable de l'intestin compliquée d'occlusion, l'opération de choix est l'entéro-anastomose; comme lui, je crois que l'idéal serait d'anastomoser deux régions très rapprochées du néoplasme. Il y a cependant quelques réserves à faire sur ce point. Tout en pensant qu'anastomoser la fin de l'iléon avec l'anse oméga, comme l'a fait M. Charrier, pour un cancer de l'angle du côlon, est, à moins de nécessité due à l'impossibilité d'amener sans tiraillements deux parties du gros intestin au contact, une pratique un peu exagérée, je vous dirai qu'il est sage de *ne pas chercher à faire l'anastomose entre deux points trop rapprochés de la néoplasie.*

Il faut songer à la propagation possible du cancer à la bouche anastomotique. Je l'ai observée dans un cancer de l'anse oméga où j'avais établi avec les plus grandes facilités une anastomose entre les portions sus et sous-jacentes au cancer et où la bouche anastomotique s'est trouvée ultérieurement envahie par la néoplasie cancéreuse.

Au contraire, chez une malade atteinte d'occlusion intestinale chronique due à un cancer de l'angle droit du côlon, accompagné, comme l'a noté M. Charrier, et comme je l'ai maintes fois observé dans des cancers du gros intestin, de la production intermittente

de tumeurs dues à la contraction de l'intestin en amont, j'ai fait une anastomose entre le côlon transverse et le cæcum. Le résultat fut excellent, au point que quelques mois plus tard, l'entourage de la malade me demandait si je n'avais pas porté pour l'avenir un pronostic trop sombre et s'il s'agissait bien d'un cancer. L'évolution ultérieure de la maladie montra que mes prévisions étaient justes, mais jusqu'à la mort l'anastomose fonctionna admirablement.

Au sujet de ces anastomoses entre deux portions du gros intestin, je crois qu'il n'y a plus guère de discussion et que pour elles même les chirurgiens, partisans des boutons, abandonnent en général ces derniers. Il faut, *dans les opérations sur le gros intestin*, recourir à la *suture*, j'ajouterai et créer un *large orifice anastomotique*, pour être certain que des matières dures ne viendront pas l'oblitérer; c'est l'oblitération possible de la cavité du bouton par des matières dures qui l'a fait rejeter pour les anastomoses à pratiquer sur le gros intestin.

D'une manière générale je fais ces anastomoses *au niveau des bandes longitudinales de l'intestin*; cela m'a paru plus commode. Je pratique, comme pour toutes mes opérations sur le tube digestif, ma *suture en surjets à deux plans*, un total occlusif, hémostatique et perforant, un non perforant, isolant le premier de la cavité péritonéale; cette suture, depuis quelques années, commence à être adoptée par un grand nombre de chirurgiens. Au dernier Congrès international, en août dernier, M. Rydygier a déclaré qu'il s'y était rallié.

Sans avoir de parti pris contre la coprostase préalable de l'intestin, faite à l'aide de pinces à mors élastiques droits, je dois déclarer que je m'en passe le plus souvent. Je ne cherche cependant pas à réduire au minimum la durée du temps où l'intestin est ouvert, chronométrant, comme MM. Doyen et Tuffier, la durée de l'ouverture de l'intestin. Je cherche simplement à *opérer en quelque sorte extra-péritonéalement, dans un champ opératoire bien limité*, bien protégé par des compresses et de la gaze.

Jamais je n'ai fistulisé la portion d'intestin située au-dessus de l'obstacle; ce serait supprimer, comme l'a si bien dit M. Berger, une bonne partie des avantages de l'entéro-anastomose. Il n'y a pas de nécessité de fistulette cæcale en pareil cas, la portion d'intestin située au-dessus de l'obstacle communiquant largement avec l'anse anastomosée et ayant de ce côté une véritable soupape de sûreté dans le cas où une accumulation de sécrétion se ferait au-dessus du cancer. Les produits de sécrétion refluent vers l'anastomose, tout comme dans l'anus iliaque pour cancer inextirpable du rectum, ils refluent vers l'orifice inguinal.

C'est même là une des raisons qui font que je rejette dans l'anus iliaque l'oblitération du bout inférieur suivie de sa réduction, et dans l'entéro-anastomose pour cancer du gros intestin l'exclusion.

Je sais bien que celle-ci a été pratiquée en pareil cas, je n'en suis pas partisan. Ceci ne veut pas dire que pour moi l'*exclusion* de l'intestin soit une opération à délaisser, pas le moins du monde.

L'*exclusion totale fermée* a été pratiquée et préconisée par Baracz (1) en 1893 et par Obalinski en 1894 (2). Violemment attaquée par quelques chirurgiens, en particulier par Reichel (3), elle a été ensuite abandonnée par Obalinski (4), pour l'intestin grêle dont les sécrétions sont plus abondantes que celles du gros intestin. Actuellement, Obalinski (5) et Baracz (6) semblent eux-mêmes la délaisser pour le gros. Je crois donc que pour cette variété d'exclusion tout le monde est aujourd'hui d'accord et que l'exclusion totale fermée a vécu.

Il n'en est pas de même de l'*exclusion totale fistuleuse* préconisée dès 1891 par Hochenegg (7), ou de l'*exclusion unilatérale* que conseille Kammerer (8) pour un grand nombre de cas.

Je crois que l'une ou l'autre de ces opérations peut rendre les plus grands services, non pas dans les occlusions dues à des sténoses qui me semblent justifiables de la simple entéro-anastomose, mais dans les fistules pyostercorales lorsqu'une opération plus radicale, telle que la résection de l'intestin perforé, semble impossible par suite de l'extension des lésions. C'est ce que j'ai dû faire dans un cas de fistules très complexes consécutives à une suppuration grave du bassin, péritoine et tissu cellulaire.

Malgré l'ablation de l'utérus et des annexes, il avait persisté chez la femme à laquelle je fais allusion, une fistule pyo-stercorale

(1) R. v. Baracz. Ueber die totale Darmausschaltung, *Centr. f. Chir.*, 1894, n° 27 et Zur Frage der Berechtigung der totalen Darmausschaltung, *Wien. klin. Woch.*, 1895, n° 28.

(2) Obalinski. Zur totalen Darmausschaltung, *Centr. f. Chir.*, 1894, p. 1193.

(3) Reichel. Ueber die Berechtigung der Darmausschaltung mit totalen Verschluss d. ausgeshalten Darmstücks, *Centr. f. Chir.*, 1895, n° 2.

(4) Obalinski. Zur Berechtigung der Darmausschaltung, *Centr. f. Chir.*, 1895, p. 95, et Noch einmal zur totalen Darmausschaltung mit vollstädiger Verschluss, *Ibid.*, 1896, n° 34.

(5) Obalinski. Weiterer Beiträg zür totalen Darmausschaltung, *Wiener med. Presse*, 1897, n° 35.

(6) Baracz. *Congrès international de Moscou*, 1897.

(7) Hochenegg. Chirurgische Eingriffe bei Blindarmerkrankungen, *Wiener klin. Woch.*, 1895, nos 16, 17, 18 et 20.

(8) Kammerer. Unilateral and complete exclusion of the intestine for fœcal fistula. *Medical Record*, N.-Y., 20 février 1897, p. 253.

sus-pubienne et une autre fistule ouverte à la région crurale gauche. La suppuration s'était étendue à la région lombaire d'une part, et d'autre part était descendue jusqu'au-dessous de la partie moyenne de la cuisse. Malgré des incisions et des drains multiples, cette malheureuse femme, absolument cachectique, avait de violentes douleurs dues en particulier au passage des matières intestinales à travers la cuisse et la région lombaire; en même temps la température montait chaque soir aux environs de 39 à 40 degrés.

Dans ces conditions je fis une cœliotomie médiane. Il existait une fistule entre la terminaison de l'iléon et la région sus-pubienne, de plus le côlon descendant et le côlon iliaque fusionnés avec la masse inflammatoire ilio-lombaire communiquaient évidemment avec elle sans que l'on pût préciser en quels points se trouvaient les orifices fistuleux. Dans ces conditions j'établis une anastomose entre l'iléon et la partie supérieure du rectum, puis, écrasant avec la nouvelle pince de Collin l'iléon entre mon anastomose iléo-rectale et la fistule iléo-pubienne, j'oblitérai ce point de l'intestin, réalisant ainsi une exclusion uni-latérale de la fin de l'iléon et de tout le côlon.

Immédiatement la température redevint normale, les matières ne venant plus inoculer les trajets fistuleux, les douleurs cessèrent, l'appétit reprit, et actuellement la malade très améliorée est repartie dans le Midi de la France. Je dois dire cependant que quelques matières passent encore par les fistules, dont la sécrétion a été immédiatement très diminuée et où le contenu intestinal n'est pas reconnaissable. Ce qui me fait dire qu'il passe encore un peu du contenu de l'intestin, c'est qu'après avoir donné du charbon nous en avons retrouvé quelques particules dans les pansements. Je dois donc reconnaître qu'ici l'exclusion totale eût été préférable à l'exclusion unilatérale; si je ne l'ai pas pratiquée, c'est que, chez ma malade, il y avait intérêt à ne pas prolonger par trop l'intervention, mais je crois qu'en principe l'exclusion bilatérale, en cas de fistule préexistante, est l'opération de choix.

M. Guinard. — Dans sa communication, M. Hartmann me semble avoir tenu trop peu de compte de la valvule iléo-cæcale. Je sais bien que cette valvule ne s'oppose pas absolument au passage des liquides du cæcum dans l'iléon; mais cependant, lorsque l'anastomose porte sur la fin de l'iléon et le côlon transverse par exemple, il se fait une accumulation de liquides dans l'ampoule cæcale et l'orifice iléo-cæcal oblitéré en partie par la valvule de Bauhin n'est pas une voie de sûreté suffisante pour l'écoulement de ces liquides. En pareil cas, la fistule cæcale sera le plus souvent une

recourir à cette opération ultérieurement. C'est au point que dans un mémoire d'Eiselsberg publié à Utrecht, un chirurgien propose de détruire la valvule iléo-cæcale avec un tisonnier introduit par le bout cæcal de l'iléon, quand on veut assurer le cours récurrent des matières du cæcum dans l'intestin grêle. Cette valvule a donc une certaine importance dans le sujet qui nous occupe, d'autant plus que si une injection forcée par le cæcum peut vaincre la valvule iléo-cæcale, il n'en est pas de même des mucosités sanieuses sécrétées dans le cæcum et accumulées petit à petit dans sa cavité.

M. Tuffier. — Je vois que la pratique de M. Hartmann se rapproche très sensiblement de la mienne, et qu'il adopte les conclusions que j'ai formulées dans la dernière séance. Je laisse de côté les points sur lesquels nous sommes du même avis.

L'exclusion ouverte de l'intestin après colo-anastomose doit-elle être accompagnée d'une fistule cæcale de sûreté? Je vous ai dit mon opinion basée sur les faits. Il est inutile de fistuliser l'anse exclue dès la première opération; il sera toujours temps de créer cette grosse complication si le segment intestinal isolé devient le siège d'accidents de rétention, et, pour ma part, je n'ai jamais eu recours à cette fistule. L'influence de la valvule iléo-cæcale sur cette rétention est possible, mais les faits prouvent qu'elle n'est ni certaine ni fatale.

Le point où il faut placer l'anastomose par rapport au néoplasme ne peut être précisé. Il ne faut pas le mettre trop près, car j'ai vu ainsi la tumeur envahir le nouvel orifice et l'oblitérer. Il ne faut pas le placer trop loin, car on doit éviter une longue exclusion de l'intestin. Je ne puis donner de limites précises, et ce sont les conditions dans lesquelles on se trouve à chaque opération qui dictent la conduite à tenir.

Je vous ai dit que je rejetais l'emploi du bouton de Murphy dans ces entéro-anastomoses. J'ai pour cela une bonne raison; un de mes opérés a succombé uniquement à une obstruction de l'intestin provoquée par le bouton dont l'orifice lui-même était oblitéré. Je lui préfère la suture suivant le procédé que je vous ai décrit et qui ne m'empêche pas d'extérioriser du péritoine mon champ opératoire. J'ai ainsi une garantie de plus et je ne crois pas qu'elle soit à dédaigner.

M. Terrier. — J'ai quelques remarques à faire à M. Hartmann.

Je me suis trouvé en présence d'un confrère qui avait des accidents graves d'occlusion intestinale produits par des *adhérences*

nécessité. Il existe des faits où le chirurgien a été obligé de *multiples de l'intestin* au niveau de l'angle du côlon ascendant. Je lui fis une anastomose du côlon ascendant avec la partie latérale du côlon transverse; c'était l'opération type de l'entéro-anastomose de Maisonneuve. Il y a un an depuis cette intervention et le résultat s'est maintenu si favorable que notre confrère fait sa clientèle à bicyclette.

Cette *entéro-anastomose* est surtout indiquée lorsque l'intestin est enserré par des *brides*, véritables ligatures qui obturent sa lumière.

Mais je n'ai pas grande confiance dans cette opération lorsqu'il s'agit de tumeurs néoplasiques, végétantes; c'est dans ces cas surtout que l'exclusion de l'intestin est indiquée.

Devant une réunion de chirurgiens comme celle-ci, je n'établirai pas de distinction entre l'entéro-anastomose et l'exclusion de l'intestin. Baracz, au Congrès international de Moscou, a brisé tout ce qu'il avait écrit sur l'exclusion de l'intestin et ne fait plus *l'exclusion totale*, elle n'est de pratique défendable que lorsqu'il existe *des fistules préexistantes* véritables soupapes de sûreté, qui suppriment les dangers de l'accumulation des liquides septiques dans le circuit fermé de l'intestin malade.

Un des avantages de cette *exclusion totale* est la possibilité de pouvoir traiter ultérieurement l'affection intestinale, et de pratiquer même complètement l'ablation de l'*intestin exclu*.

M. Hartmann a parlé du cours des matières intestinales : il ne se rétablit pas aussi facilement qu'on l'a dit, qu'on ait fait l'opération de Maisonneuve, ou l'exclusion partielle de l'intestin. Les matières s'accumulent au-dessous de l'obstacle, l'intestin distendu bombe, devient douloureux et ces crises causent une véritable gêne.

Tout les auteurs ont insisté sur l'accumulation des matières fécales dans l'exclusion partielle de l'intestin, elles occasionnent des accidents divers pour lesquels on a fait chez le même malade sept à huit opérations, et comme je l'ai écrit « je ne sais ce qu'il faut le plus admirer de la ténacité des chirurgiens ou de la ténacité des malades, c'est qu'en effet l'intestin s'accommode mal du séjour des matières, quand celles-ci sont obligées de revenir en sens inverse de la péristaltique.

Chez le confrère dont je vous ai parlé, ces accidents de rétention se produisent parfois et le gênent beaucoup.

M. Hartmann. — Deux mots seulement. Le fait de la destruction de la valvule de Bauhin à l'aide d'un tisonnier au cours de l'opération n'est pas la preuve qu'une accumulation de sécrétion se

serait produite. Je ne conteste pas que cette accumulation puisse survenir, mais, avec notre collègue Tuffier, je pense qu'il sera toujours temps de fistuliser le cæcum. Ces cas sont tout au moins rares, et pour ma part, je n'en ai pas observé. Je continuerai donc, en présence des sténoses, à limiter mon intervention à l'entéro-anastomose de Maisonneuve. Je considère l'exclusion totale fermée comme une opération qui ne doit pas être pratiquée; je regarde l'exclusion totale ouverte comme la meilleure opération contre les fistules pyostercorales que l'on ne peut traiter par une intervention plus radicale.

M. Guinard. — Quand on a opéré pour un cancer, le malade succombe le plus souvent avant que l'accumulation des liquides dans le cæcum soit devenue très considérable. Il n'en est pas de même si l'anastomose avait pour but de guérir une obstruction pour des adhérences ou toute autre striction non néoplasique.

Communication.

Luxation ancienne irréductible du coude. Réduction par la méthode sanglante. Résultat presque parfait,

par M. R. LE CLERC (de Saint-Lô),

Membre correspondant de la Société.

Mlle C..., âgée de vingt-deux ans, tombe dans un escalier le 12 octobre 1898. Son médecin habituel étant absent, elle est conduite chez une rebouteuse qui pratique quelques tractions sur l'avant-bras et affirme que tout est remis en place. Au bout de sept semaines, le docteur Caillard (de Marigny), voit la malade, trouve une luxation du coude droit et essaye, mais en vain, de réduire.

Cette jeune fille m'est amenée le 27 décembre. L'avant-bras est à angle obtus sur le bras, absolument immobilisé dans cette position. Les mouvements de pronation et de supination existent, mais sont très limités. Je radiographie la région malade avec l'aide du professeur de physique du collège de Saint-Lô.

Le 5 janvier 1899, nous endormons la malade; et, par des mouvements de bascule, de torsion, essayons la réduction : rien ne bouge. Les surfaces articulaires, fixées par des productions ostéo-fibreuses visibles sur l'épreuve radiographique, sont ankylosées d'une façon très serrée.

Le 12 janvier, exactement trois mois après l'accident, assisté des

docteurs Alibert et Caillard, je procède à l'arthrotomie, afin d'effectuer la réduction, si faire se peut, et ne recourir à la résection qu'en désespoir de cause.

1er *temps.* — Incision transversale postérieure de la peau, étendue de l'épitrochlée à l'épicondyle, passant à trois centimètres environ au-dessous du bec de l'olécrane. Sur cette incision, j'en trace une seconde, verticale médiane supérieure, longue de huit centimètres.

2e *temps.* — Section du tendon du triceps et ouverture de l'articulation.

J'avais d'abord pensé à pratiquer une incision longitudinale et médiane du tendon avec, à chaque extrémité, une incision transversale en sens inverse, bref, une incision en Z à grand jambage droit, de façon à allonger le tendon, en cas de rétraction. Mais, étant donné sa souplesse, je le tranchai à fond transversalement, à deux centimètres au-dessus du bec olécranien.

3e *temps.* — Curettage et dégagement des surfaces articulaires.

a) Dégagement de l'apophyse coronoïde fixée dans la cavité olécranienne; désinsertion du brachial antérieur; nettoyage de la cavité olécranienne.

b) Curettage du bec de l'olécrane, de la cavité sigmoïde de la cupule radiale, à peu près oblitérée.

c) Désinsertion du ligament latéral externe, au niveau de l'épicondyle;

Désinsertion du ligament latéral interne, le nerf cubital étant récliné en dedans, à l'aide d'une érigne de Chassaignac.

d) Ecrêpage, pour employer un mot de M. Lejars, de la trochlée humérale de la cavité coronoïde, encombrée de lambeaux ostéo-fibreux adhérents.

4e *temps.* — Réintégration des surfaces articulaires; cette réduction se fait facilement en portant l'avant-bras en flexion sur le bras.

Suture facile du tendon par trois points à la soie, suture de la peau au crin de Florence.

La plaie n'est pas drainée; le coude est immobilisé à angle aigu dans un pansement fortement rembourré de ouate; pas d'appareil plâtré. L'opération a duré deux heures; la malade se réveille sans effort.

21 *janvier.* — La malade a peu souffert; elle n'a accusé que des fourmillements dans l'annulaire et le petit doigt, dus à la distension du nerf cubital au cours de l'opération. La température n'a pas dépassé 36°5.

Réunion par première intention. Ablation des fils.

26 *janvier.* — Le Dr Caillard commence la mobilisation du coude et la continue régulièrement jusqu'au commencement de mars.

3 *mars.* — Je revois la malade chez moi. Elle fait aisément le signe de la croix, peut se peigner, porter la main à la bouche, couper sa viande, s'habiller seule.

Atrophie du biceps et du triceps; cette atrophie est cependant moins marquée qu'il y a six semaines, car, à cette époque, les muscles antérieurs du bras étaient littéralement fondus.

Mouvements spontanés. — L'amplitude de ces mouvements est donnée par le graphique n° 1, pris, le bras et l'avant-bras reposant sur une table recouverte d'une feuille de papier.

L'extension n'est pas complète. Après un exercice répété spontanément dix minutes, la malade peut fléchir l'avant-bras jusqu'à amener la pulpe des doigts au contact de la face antérieure du moignon de l'épaule.

Supination complète ; la demi-pronation seule existe.

Sensations anormales. — La malade accuse encore des fourmillements dans le petit doigt.

9 *octobre* 1900. — La malade s'est mariée il y a six mois et n'a pu revenir me voir plus tôt.

Nous prenons de la région du coude une nouvelle radiographie dont je parlerai plus loin.

Examen clinique du coude. — L'olécrane fait une saillie un peu disgracieuse par comparaison avec le modelé du coude opposé.

L'épitrochlée est moins saillante et plus petite que celle du côté opposé; il semble qu'il y ait eu, au niveau de cette apophyse, une légère résorption osseuse.

En avant de l'articulation, en dedans du tendon du biceps, existe une saillie évaluée approximativement à la grosseur d'une petite noix, dure, non douloureuse, immobile, adhérente profondément, et qui semble s'être développée, mais c'est une hypothèse, aux dépens du tendon du brachial antérieur, au niveau de son insertion coracoïdienne, et des parties périostiques voisines. Il est vraisemblable que c'est cette masse, de formation post-opératoire, qui limite la course complète du mouvement de flexion.

Mensurations. — Des mensurations opérées, il résulte que l'atrophie des masses musculaires du bras a complètement disparu. On peut d'ailleurs se rendre compte du gain obtenu en comparant les graphiques n°s 1 et 2.

La longueur du bras, prise des deux côtés, donne exactement 33 centimètres.

Mouvements spontanés. — L'extension est toujours incomplète.

La flexion permet à la malade d'appliquer la pulpe des doigts sur l'épaule, mais n'arrive pas à accrocher la face postérieure du moignon.

La supination et la pronation ont leur amplitude normale.

En résumé, si le résultat plastique n'est point idéal, le résultat fonctionnel est très largement suffisant.

Examen des radiographies.

Radiographie n° 1 (27 décembre 1898). — Dans cette radiographie, on distingue nettement les productions ostéo-fibreuses formées en arrière de l'humérus, et mieux encore celles qui se sont développées en avant et au-dessus de la trochlée humérale. Aussi, je ne comprends pas très bien que mon collègue et ami Poirier ait déclaré devant la

Société de Chirurgie que les productions ostéogéniques ne venaient pas à la radiographie (Séance du 14 décembre 1898).

Radiographie n° 2 (9 octobre 1900). — On voit nettement sur cette épreuve la production ostéogénique à laquelle j'ai fait allusion plus haut; cette masse semble implantée sur la face antérieure du cubitus, un peu au-dessous de la face inférieure de la coronoïde. Elle se dirige en avant, séparée de la surface articulaire humérale par une lacune blanche, et elle se termine par une extrémité recourbée en arrière, à la façon d'un marteau de porte, pour reposer sur la partie la plus antérieure de la trochlée. A ce niveau, elle forme avec l'humérus une articulation surajoutée qui permet la flexion jusqu'au moment où le coude du marteau vient buter contre la diaphyse humérale; c'est ce qui explique pourquoi la malade ne peut arriver à une flexion tout à fait parfaite.

Cette néoformation osseuse ne peut être qu'une hyperostose due à l'irritation produite sur le périoste cubital par l'acte opératoire, irritation qui a exalté le pouvoir ostéogénique du manchon périostique. Je livre naturellement l'hypothèse pour ce qu'elle vaut et n'ai point la prétention d'affirmer sans réserve.

Que peut-il advenir de cet état de choses? Jusqu'ici, rien de fâcheux n'est survenu, puisque la malade a gagné en flexion. Si, un jour ou l'autre, cette hyperostose venait à entraver le mouvement, ce qui n'est pas probable, il serait toujours facile de la supprimer en l'abordant par une incision antérieure, opération à laquelle la malade n'est point décidée à l'heure actuelle, vu qu'elle se déclare très satisfaite de son sort.

En radioscopiant le coude, j'espérais pouvoir trouver la cause de la limitation du mouvement d'extension. Je n'ai rien vu et ne me rends pas très bien compte de l'arrêt dans l'extension.

Examen des graphiques.

Le graphique n° 1 donne l'amplitude des mouvements le 3 mars 1899, moins de deux mois après l'opération. Il laisse également voir l'atrophie du segment brachial.

Le graphique n° 2 fait voir en revanche le retour des masses musculaires du bras, du biceps en particulier, et en même temps la saillie disgracieuse de l'olécrane, saillie que l'on peut apercevoir également dans le contour de la radiographie n° 2.

En comparant les deux graphiques, on constate *a priori* que la flexion est plus accentuée dans le graphique n° 2 et que l'extension y est moins complète que dans le graphique n° 1. Ces détails ressortent mieux des mensurations opérées à l'aide du rapporteur géométrique dont les données ont été contrôlées par un simple calcul logarithmique.

	FLEXION	EXTENSION
	—	—
3 mars 1899.	55 degrés	134 degrés.
9 octobre 1900. . . .	44 —	130 —

Si la malade a perdu en dix-neuf mois 4 degrés d'amplitude extensive, elle a gagné en flexion 11 degrés; c'est le principal.

Considérations générales à propos de l'observation précédente.

En présence des luxations irréductibles du coude, la plupart des chirurgiens qui se sont résolus à une intervention sanglante ont presque tous adopté la résection des surfaces articulaires.

La résection avec conservation de l'olécrane est, à mon avis, ce qui vaut le mieux, disait au Congrès de chirurgie de 1886 M. Mollière (de Lyon).

Si l'on se reporte aux opinions émises à la Société de chirurgie, le consensus est à peu près unanime au profit de la résection.

En 1893, c'est M. Lejars qui, à propos d'une observation de résection radio-cubitale dans un cas de luxation irréductible du coude, déclare que *la résection est le procédé de choix, sous la réserve qu'elle soit économique.* Les orateurs qui prirent la parole à la suite du rapport de mon vénéré maître, M. Tillaux, se prononcèrent dans le même sens, M. Lucas-Championnière opinant pour la résection humérale, M. Berger pour la résection totale, M. Schwartz pour l'opération atypique ou incomplète.

En 1895, la discussion fut rouverte sur une communication de M. Civel (de Brest), qui avait fait une arthrotomie simple pour réduire une luxation du coude : il faut dire que la luxation ne datait que de dix-neuf jours.

M. Lucas-Championnière posa la question de savoir si, en présence d'une luxation irréductible du coude, on devait rétablir la forme et les fonctions par la résection ou par l'arthrotomie. Pour lui, la réponse ne peut faire de doute : la *supériorité de la résection n'est pas discutable.*

A cette assertion, appuyée par M. Tuffier, MM. Kirmisson et Ricard crurent bon de faire observer qu'il faut donner à l'arthrotomie une part beaucoup plus large que celle qu'on lui accorde.

Leur plaidoyer n'entraîna pas la conviction, car le rapporteur, M. Picqué, clôtura le débat en affirmant que *dans les luxations anciennes du coude, la résection doit être préférée à l'arthrotomie.*

Quelques chirurgiens cependant s'étaient déjà inscrits en faux contre cette règle trop absolue, ainsi qu'on peut le voir dans les comptes rendus du Congrès de chirurgie de 1886.

M. Doyen (de Reims) montra une jeune malade atteinte de luxation irréductible du coude chez laquelle il pratiqua à la partie postérieure de l'articulation une large incision transversale permettant d'examiner la surface articulaire. Les surfaces cartilagineuses furent débarrassées, à l'aide de la curette, des dépôts

fibreux incrustés de concrétions calcaires qui les recouvraient; la cupule du radius oblitérée fut nettoyée et la jointure rétablie dans sa forme et ses fonctions.

Decès exposa dans la même séance deux autres cas de luxation du coude irréductible traités par l'arthrotomie simple.

Maydl (de Vienne), assistant du professeur Albert, émit l'idée que, dans les luxations irréductibles, on doit se proposer d'être aussi conservateur que possible et toujours tâcher de ne faire que l'arthrotomie.

Au Congrès de la Société allemande de chirurgie pour 1899, Bunge (de Königsberg), raconte qu'il a eu l'occasion d'intervenir dans treize cas de luxations invétérées du coude. Il a toujours pratiqué la réduction sanglante, le plus souvent au moyen de deux incisions latérales. Cette réduction réussit assez facilement, à la condition qu'on détruise toutes les adhérences et qu'on dénude les extrémités des os sur une étendue de quelques centimètres à partir de la surface articulaire. Les résultats obtenus montrent que ce procédé n'entraîne aucun inconvénient sérieux au point de vue fonctionnel, pourvu que le traitement orthopédique post-opératoire soit appliqué avec toute la rigueur nécessaire. Dans un seul cas, il a constaté une récidive au bout de trois semaines, ce qui l'obligea à pratiquer une résection. Quant aux autres patients, deux ne voulurent pas se soumettre aux soins orthopédiques, huit récupérèrent le fonctionnement normal du coude, les deux autres étaient encore en traitement au moment de la communication de l'auteur.

J'ignore quel est le résultat thérapeutique exact chez les deux malades de Decès et chez les cinq malades de Maydl. Je laisse de côté quatre malades de Bunge, deux qui refusèrent la mobilisation post-opératoire et deux qui étaient encore en traitement lors de la réunion des chirurgiens allemands. Ces réserves faites, on peut tirer une conclusion d'après 11 cas d'arthrotomie pour des luxations anciennes et irréductibles du coude : 1 cas de Doyen, 9 cas de Bunge et le cas qui m'est personnel. Dix fois la réintégration articulaire par athrotomie a été suivie d'une guérison thérapeutique à peu près complète; une seule fois, Bunge fut obligé de recourir à une résection secondaire qui donna un résultat très convenable.

Il ne faut donc pas poser en principe irréductible que la résection est l'opération de choix pour les luxations anciennes du coude; comme l'ont dit excellemment MM. Kirmisson et Ricard, il y a place pour l'arthrotomie et j'ajouterai que la première place appartient à l'opération conservatrice. Que si elle ne réduit rien, il est toujours temps de recourir à une résection dont les résultats

comparatifs, il faut bien le reconnaître, ne sont pas meilleurs que ceux de l'arthrotomie. Est-ce à dire qu'on ne puisse avoir, avec cette dernière, des mécomptes, des ankyloses dont le chirurgien ne peut être rendu coupable, malgré des soins rationnels et convenablement dirigés? Loin de moi de le prétendre, mais je puis dire aussi que l'on en a à la suite des résections : Quénu, pour ne citer que lui, n'a-t-il pas averti qu'*il faut être très réservé au point de vue du pronostic de ces résections entreprises contre les luxations invétérées.*

Quant à l'acte opératoire, les tracés d'incision de l'arthrotomie doivent être ceux de la résection, puisque cette arthrotomie doit donner un grand jour et que, si elle est impuissante à réintégrer les surfaces articulaires, elle est en quelque sorte le premier temps d'une résection. Ces tracés sont nombreux et peuvent se ranger sous cinq chefs principaux.

1° *Incision médiane postérieure*, de Park (de Liverpool); c'est celle qui semble avoir la préférence de M. Lucas-Championnière et de M. Schwartz.

2° *Incision en H*, de Moreau, à peu près délaissée maintenant; c'est cependant, si je ne me trompe, celle employée par Lejars dans son observation de 1893.

3° *Incision latéro-articulaire double*, d'Ollier.

4° *Incision latéro-olécranienne double*, de Maydl.

5° *Incision transversale postérieure*, de Bruns et Woelcker; ce fut celle adoptée par Civel (de Brest), Decès et Doyen (de Reims).

Pour ma part, je me suis rangé à cette dernière incision sur laquelle j'ai fait tomber une incision médiane, réalisant la véritable incision en T renversé médian postérieur. Cette incision donne une large voie, fait bâiller l'article au maximum et permet de l'explorer dans tous ses détails. Sans doute elle mène à la section du tendon triciptal, ce qui lui vaut la condamnation prononcée par le professeur Ollier contre toutes les incisions transversales; mais, étant donnée la facilité d'affrontement des deux extrémités du triceps, j'avoue que dans un cas semblable je l'emploierais encore.

Je n'ai point fait d'ischémie par l'Esmarch. Je n'ai perdu que peu de sang dans mon opération.

A l'exemple de M. Lucas-Championnière, je n'ai point appliqué d'appareil plâtré. Je l'ai fait à dessein, afin de ne pas être tenté de le laisser trop longtemps en place et afin de mobiliser plus hâtivement, dès la réunion *per primam* obtenue. Car on ne saurait trop le répéter, ce qu'il faut après l'arthrotomie, c'est l'éducation de la jointure par la mobilisation et le massage, et je dois dire que tout le mérite dans le succès définitif revient au D[r] Caillard qui a

mobilisé de bonne heure, quotidiennement et longtemps, le coude de notre malade.

Discussion

Discussion sur l'asepsie.

M. Walther. — Je tiens tout d'abord à m'excuser de prendre la parole dans cette discussion où tout me semble avoir été dit et beaucoup mieux que je ne saurais le faire. Aussi m'efforcerai-je d'être bref. Je veux simplement vous apporter les résultats d'expériences qui ont été poursuivies un certain temps et me paraissent assez nombreuses pour avoir quelque valeur, au moins à titre de document.

Ces expériences ont été commencées au mois de mai dernier, dans les jours qui ont suivi la communication de M. Quénu; elles ont été continuées jusqu'à la fin de juillet. Toutes les cultures ont été faites dans le laboratoire de mon collègue et ami, M. Widal, à la maison municipale de Santé; les expériences ont été pratiquées sous le contrôle de M. Widal lui-même ou de son interne, M. Ravaut. C'est donc au nom de M. Widal et de M. Ravaut, aussi bien qu'en mon nom, que je vous apporte ici le résultat de ces recherches.

Je ne fais que mentionner les résultats d'une première expérience dans laquelle tous les tubes ensemencés par mes doigts avaient donné des cultures de staphylocoque blanc; nous nous aperçûmes peu après que les tubes témoins avaient donné, en même quantité, les mêmes cultures; les tubes avaient été insuffisamment stérilisés.

Voici les résultats des expériences faites dans des conditions régulières :

I. *Epreuve des mains après désinfection, avant l'opération.* — J'ai toujours, dans toutes ces expériences, désinfecté mes mains comme je le fais d'ordinaire, sans rien changer à ma manière de faire habituelle, à savoir : savonnage, brossage prolongé dans une petite quantité d'eau très chaude, comme l'a très justement conseillé, depuis bien longtemps, M. Lucas-Championnière; l'eau est changée 4 ou 5 fois, et cette première partie de la désinfection, la plus importante, dure de dix à quinze minutes, en aucun cas moins de dix minutes. Le passage des mains dans la solution de permanganate a l'avantage de permettre la vérification immédiate du dégraissage complet de la peau; je l'emploie le plus souvent.

Je lave ensuite mes mains à l'alcool pendant quelques minutes, brossant soigneusement les ongles, et, avec Delbet, je considère ce temps de la désinfection comme très important. L'immersion plus ou moins longue dans le sublimé achève la stérilisation.

Sur mes mains ainsi nettoyées, puis passées de nouveau à l'alcool puis à l'eau bouillie ou au sérum, pour enlever le sublimé, les raclages pour l'ensemencement étaient faits avec le fil de platine un peu partout, surtout aux commissures des doigts, sous les ongles, dans la sertissure des ongles, etc.

Sur 19 ensemencements ainsi pratiqués à différents intervalles au cours de ces trois mois d'expériences, par conséquent dans les conditions variables de notre pratique chirurgicale habituelle, 18 fois les résultats ont été absolument négatifs; une seule fois un tube a donné une culture de subtilis. Il est fort probable, d'après la nature même de cette culture, qu'il s'agit là, soit d'une infection par l'air, soit d'une infection par l'eau du dernier lavage.

M. Ravaut a eu l'obligeance de rechercher 2 fois les anaérobies; les 2 ensemencements en gélose profonde ont donné aussi un résultat négatif.

II. *Epreuve des mains au cours de l'opération.* — Ici encore j'ai cherché à me mettre dans les conditions habituelles; très souvent, an cours de l'opération, toutes les cinq minutes environ, je me passe les mains au sublimé ou à l'alcool, plutôt à l'alcool, les frottant par intervalles avec une compresse qui reste dans le bassin d'alcool.

Sur 6 ensemencements faits dans ces conditions, une seule fois nous avons obtenu un résultat positif; dans ce cas, le raclage des doigts avait été fait cinq minutes après un nettoyage de la main. Les 5 autres expériences ont donné un résultat négatif.

Même résultat négatif dans 3 ensemencements pratiqués à la fin d'opérations.

III. *Epreuve des téguments de la région opératoire.* — 6 expériences: 5 fois résultat négatif.

Si les mains sont restées presque toujours stériles, la plaie opératoire, au contraire, nous a donné 3 fois des cultures, alors même qu'il s'agissait d'opérations aseptiques. Nous avons constaté, d'autre part, qu'au bout de six à sept minutes, l'eau stérilisée, les compresses donnaient des cultures positives, cultures absolument identiques à celles des plaques de Pétri exposées quelques instants à l'air. Dans ma salle d'opérations aseptiques, une boîte de Pétri, après cinq minutes d'exposition à l'air, a donné 62 colonies (2 de staphylocoque doré, 37 de citrin, le reste de staphylocoque blanc, plus du subtilis et des moisissures); après dix minutes, 90 colonies; après 15 minutes, des colonies très abondantes.

Je ne fais que vous signaler ici ces résultats qui concordent avec ceux qu'a obtenus Delbet; nous poursuivons ces expériences et je vous apporterai les résultats de nos recherches lorsqu'ils seront suffisamment démonstratifs.

Quelles conclusions tirer de ces expériences? M. Quénu, dans sa communication du mois de mai, a semblé conclure à l'impossibilité de la stérilisation des mains, ou, du moins, si j'ai bien compris sa pensée, de la stérilisation régulière, pour ainsi dire, quotidienne.

Conclurai-je, par contre, des expériences que je vous rapporte, que cette stérilisation est toujours possible? Cette affirmation, pas plus que l'affirmation contraire, ne reposerait sur une base assez solide. Tout ce que je puis dire, c'est que chaque fois que j'ai fait des ensemencements, ces ensemencements, faits et surveillés dans les meilleures conditions, avec, je crois, toutes les garanties possibles, ont eu des résultats négatifs. Et cette stérilisation des mains, je l'ai obtenue en me lavant comme d'ordinaire, suivant la méthode que nous employons tous, et cela dans les conditions les plus variées, en répétant les épreuves à différents intervalles pendant près de trois mois.

Ce que j'ai constaté, comme Delbet, c'est que, au cours de l'opération, se multiplient de tous côtés les causes d'infection. Les compresses, les instruments, tout ce qui reste quelques instants exposé au contact de l'air, est souillé de germes, tandis que les mains très souvent lavées à l'alcool ou au sublimé restent stériles.

Doit-il résulter de ces constatations le rejet absolu de l'usage des gants? Il est certain que le gant est de désinfection facile, qu'il est facile aussi de le maintenir aseptique au cours de l'opération, au même titre du reste que la main, en le passant souvent dans l'alcool ou le sublimé. Je crois que nous serions tous d'accord pour en faire toujours usage, s'il ne présentait pas d'inconvénients.

Depuis près de deux ans, je me sers presque toujours de gants dans les opérations septiques, dans les ouvertures d'abcès, dans les laparotomies pour péritonites suppurées, etc. Dans mon service, mes internes, mes externes ont soin de mettre des gants pour faire les pansements particulièrement septiques. Je me sers toujours, depuis plus longtemps, de doigtiers de caoutchouc pour les explorations du rectum ou de toute cavité infectée.

Mais, au commencement de cette année, un accident, un écrasement d'un doigt m'obligea, pendant six semaines environ, à faire toutes mes opérations avec des gants. J'ai dû pratiquer ainsi ganté à peu près toutes les opérations courantes, toutes les opé-

rations de chirurgie abdominale. Malgré l'habitude qu'a pu me donner l'usage assez long des gants dans les opérations septiques, je dois avouer que je suis plus maladroit ganté que mains nues. Ce n'est pas que le gant altère beaucoup le toucher ; je crois qu'avec un peu d'habitude on arrive à sentir aussi bien avec la main gantée, ou du moins, l'atténuation de la sensibilité tactile est assez faible pour ne causer aucune gêne dans la plupart des opérations. Ce qui me semble le plus atteint, c'est la préhension de parties minces et glissantes ; dans la cure radicale d'une hernie, par exemple, la dissection du sac sur cette surface lisse et glissante du caoutchouc est parfois difficile. Je crois, du reste, que celui de nous tous qui a le plus d'habitude, la plus longue expérience des gants, mon ami Jalaguier, a eu la même impression.

Le gant a un grave inconvénient, si la main qui le porte n'est pas absolument stérilisée : c'est que parfois, au cours d'une opération laborieuse, il peut être déchiré, fissuré d'une très légère solution de continuité, et alors les dangers d'infection sont exactement les mêmes qu'avec une main sale. Tout cela a été dit ici et je n'y veux pas insister plus longtemps.

Je crois donc que le gant (et ici, bien entendu, je ne parle que du gant de caoutchouc) ne présente pas de grands avantages dans les opérations aseptiques et, de plus, qu'il offre des inconvénients. Je pense, au contraire, que ces inconvénients sont largement compensés par de très réels avantages dans les opérations septiques.

M. Quénu. — Je n'osais espérer que ma brève communication sur l'asepsie dût conduire à une discussion dont l'importance frappe aujourd'hui même les sceptiques du début. J'en rends grâce à mes contradicteurs : leur ardente opposition a été la condition nécessaire d'une précision plus grande à l'énoncé des propositions discutables, elle a fait sortir de l'ombre l'intérêt passionnant qui s'attache à la stérilisabilité des mains du chirurgien. Il convient que tout homme qui prend en main un bistouri sache que cette question existe, et que nos conclusions méritent au moins la controverse. Contrairement à M. Rochard, je ne crains pas l'effet des propositions absolues sur le large cercle de ceux qui nous écoutent et nous lisent, j'estime que toute vérité scientifique est bonne à dire, quelque trouble qu'elle puisse momentanément jeter dans les consciences.

La note que je vous ai lue avait pour titre « De l'asepsie opératoire », et je l'ai donnée comme suite à une communication présentée devant vous l'an dernier. Dans ces deux lectures, je faisais

un rapide exposé des règles auxquelles doit se soumettre un chirurgien aseptique, et j'attachais une suprême importance au souci de préserver les mains de toute souillure habituelle. Bien avant ces présentations et depuis 1892, je prêchais autour de moi que le chirurgien doit s'abstenir de tout contact septique, au moins deux jours avant une opération importante.

L'organisation de mon service fut entièrement basée sur ces idées : il fonctionnait de la sorte avec une division rigoureuse du personnel médical en septiques et en aseptiques, lorsque sont venues les discussions au Congrès de chirurgie allemande, et lorsque parut le mémoire de Mikulicz dont j'ai donné une analyse dans la *Revue de chirurgie*, en mars 1898. Ces discussions et le mémoire de Mikulicz ne firent que me confirmer dans mes convictions en apportant un élément qui manquait jusqu'alors, à savoir, l'expérimentation bactériologique. Si je fais cette mention, c'est moins pour élever une revendication de priorité sans intérêt que pour rappeler que j'ai été conduit à mes idées actuelles sur l'inconstance de la stérilisation des mains, non par les lectures bibliographiques ou le récit d'expériences de laboratoires, mais par l'observation clinique; à plus forte raison ne saurait-il être question d'une prétention plus haute, et M. Tuffier pouvait s'éviter la peine d'énoncer que ni lui ni moi ne sommes les promoteurs de l'asepsie opératoire. M. Terrier a déjà chemin faisant glissé cette remarque (non sans ironie), et rapporté à qui de droit, c'est-à-dire à Pasteur et à son école, l'honneur de la méthode.

Mais ce que sa modestie l'a empêché d'ajouter, c'est que l'application de la méthode aseptique à la chirurgie est partie de l'hôpital Bichat et de son service (1). Il n'est peut-être pas inutile de mon-

(1) M. Terrier a bien voulu rédiger pour nous la note bibliographique suivante :

Travaux divers sur l'asepsie et l'antisepsie.

C'est en 1890 que, sur le rapport favorable de M. Joffrin, on me construisit à Bichat le pavillon des opérées de laparotomie.

La même année, en juillet 1890, j'adressai au Dr Peyron, directeur de l'Assistance, ma Lettre ouverte sur l'organisation d'un service de chirurgie.

Enfin en 1890, mon élève, M. le Dr Baudoin, fit paraître son volume intitulé : *L'asepsie et l'antisepsie à l'hôpital Bichat* (service de chirurgie de de M. le Dr Félix Terrier, 1883-1889).

A lire dans ce travail (p. 38-39), les nombreux *desiderata* du service.

L'introduction de la première partie intitulée : *Ce que devrait être un service de chirurgie*, est ma Lettre ouverte au directeur de l'Assistance.

Celle de la deuxième partie a pour titre : *De la méthode antiseptique et de la méthode aseptique en général.*

Un résumé de ce travail avait été lu par moi à Limoges, au Congrès de l'Association française pour l'avancement des Sciences, le 13 août 1890.

J'y expose mon évolution de chirurgien listérien pur en chirurgien anti-

trer à ceux qui nous suivent et à qui il peut paraître que les pratiques actuelles d'asepsie existent de temps immémorial, quel chemin a été parcouru dans ce sens depuis vingt ans; nous sommes bien placés pour esquisser ce court historique, car mis au courant de la pratique listérienne par son vulgarisateur en France, M. Lucas-Championnière, dont nous avons été l'élève, nous avons assisté et aidé dans la mesure de nos forces à l'école de Bichat, à la création d'une méthode mixte, puis à une véritable supplantation de l'antisepsie par une méthode plus scientifique, plus biologique, l'asepsie.

Quand, vers 1880, j'assistais mes anciens chefs dans leurs ovariotomies, on en était encore pour protéger le champ opératoire et surtout pour maintenir l'intestin, à l'usage des serviettes chaudes.

L'idée directrice n'était nullement du reste celle d'une stérilisation quelconque du linge employé. Les morts après l'opération

septique (p. 45), puis en chirurgien *mixte*, c'est-à-dire diminuant autant que faire se peut l'antisepsie, et visant l'asepsie.

Ma pratique est *mixte*, au moins momentanément, croyant encore alors à l'efficacité absolue des antiseptiques pour le lavage des mains et des téguments des opérés.

Ce même travail, un peu plus étendu, a été publié dans la *Revue de chirurgie* en octobre 1890.

Un fait à signaler, mentionné par Baudoin, à propos de l'asepsie et de l'antisepsie, c'est qu'à Bichat, pendant un certain temps, j'utilisai la ouate stérilisée au dispensaire I. Pereire pour mes pansements des grandes opérées. Je n'avais alors d'autoclave que pour stériliser les fils, les compresses et les tampons d'ouate.

Dans l'asepsie et l'antisepsie des régions (deuxième livre du travail de Baudoin), il est indiqué que, dès cette époque, je n'employais guère que le sublimé pour aseptiser les mains et les téguments.

En 1893, ma leçon d'ouverture du cours de médecine opératoire à la Faculté fut publiée dans le *Progrès médical* (1893, p. 373). Elle avait pour objet : *L'antisepsie et l'asepsie.*

La même année, je publiai chez Alcan, avec Peraire, un *Manuel d'antisepsie et d'asepsie chirurgicales.*

En 1894, parut dans la *Revue de chirurgie* (pages 829 et 1037) un travail sur *l'asepsie en chirurgie*, sorte de résumé des leçons professées à la Faculté pendant le semestre d'hiver (1893-1894).

Je poursuivais toujours le but de diminuer le rôle des antiseptiques au profit de l'asepsie.

Comme président du XXe Congrès de chirurgie française en 1896, je choisis comme sujet du discours inaugural : *De l'asepsie.*

La même année, en collaboration avec mon interne en pharmacie, M. Latham, je fis paraître dans la *Revue de chirurgie* (numéro de janvier) un article sur *le laboratoire d'asepsie et d'antisepsie nécessaire aux services de chirurgie.*

Enfin, au début de cette année 1900, j'exposai à la clinique de la Pitié mes idées et ma pratique sur *l'asepsie*, que j'utilise dès lors presque exclusivement.

étaient souvent rapides, les opérées succombaient à des septicémies suraiguës ne donnant guère le temps à la défense de s'organiser, ni à l'organisme celui de réagir par une ascension thermique. L'hypothermie et la dépression étaient qualifiées de shock opératoire, et dans la pathogénie de ce shock, le refroidissement du péritoine et de l'intestin avait la plus grande part. On usait donc de linge chaud : autour d'un mannequin d'osier pourvu à son centre d'un réchaud, séchaient et chauffaient des serviettes : il était de notion courante que ces serviettes devaient être passées brûlantes aux aides. C'était là au fond une stérilisation inconsciente et imparfaite, une sorte d'ébauche d'asepsie opératoire.

Quant au champ opératoire, on ne le garnissait pas, il restait tel quel, ou bien, si l'on appliquait des serviettes ou des morceaux de flanelle à la racine des cuisses, c'était dans le but, ainsi que l'écrit Ovion (1) dans sa thèse sur l'ovariotomie, faite sous l'inspiration de Perier en 1880, « d'empêcher les bandes (qui entouraient les membres inférieurs) d'être souillées pendant l'opération ». Cependant Spencer Wells couvrait l'opérée d'une toile de caoutchouc percée d'un ovale ne laissant à découvert que la paroi abdominale; il n'est pas question bien entendu de stérilisation pour cette étoffe imperméable.

La protection du champ opératoire n'était donc réellement pas mise en pratique en 1880, au moins d'une façon générale et dans toutes les opérations. Signalons cependant ce conseil donné dans un livre qui fit époque en France en 1876, je veux parler de la *Chirurgie antiseptique* de M. Lucas-Championnière, à propos de l'ovariotomie. Il est bon, dit M. Lucas-Championnière, d'avoir toujours, « au cours de l'opération, des compresses imprégnées de solution phéniquée faible (c'est-à-dire à 25 p. 1000) pour protéger l'incision et les viscères » ; vers 1883 et 1884, l'usage des compresses phéniquées autour du champ opératoire se répand et se généralise.

En 1884, M. Terrier ajoutait l'ébullition à l'imprégnation phéniquée. Nous en étions à la méthode mixte d'antisepsie et d'asepsie.

Ce n'est qu'en 1887, il y a treize ans seulement, que, pour la première fois la stérilisation scientifique fit son entrée à la Société de chirurgie avec un mémoire de M. Redard, intitulé « De la désinfection des instruments chirurgicaux et des objets de pansement ». M. Redard préconisait l'emploi de la vapeur sous pression à l'aide d'un autoclave analogue à celui qu'on emploie

(1) Ovion, *Thèse* Paris, 1880.

dans les laboratoires pour la stérilisation. Le rapport de M. Lucas-Championnière fut assez favorable à cette innovation. Dans la brève discussion qui suivit, MM. Kirmisson et Pozzi firent remarquer qu'un appareil semblable existait à Berne chez le professeur Kocher, et à Berlin chez le professeur Bergmann.

Des hôpitaux de Paris, il ne fut bien entendu fait aucune mention, et pas un membre de la Société de chirurgie ne se leva pour dire qu'une stérilisation quelconque s'opérait autrement chez lui que par les antiseptiques ou par l'ébullition. Je crois être dans le vrai en disant que l'installation du premier autoclave eut lieu dans le service de M. Terrier, à l'hôpital Bichat, en 1888. A la même époque, j'utilisais l'autoclave que M. Sorel avait inventé sur ma demande pour la fondation Pereire. et comme cet autoclave pouvait dessécher les pansements d'abord stérilisés à la chaleur humide, M. Terrier nous envoyait à Levallois des cylindres d'ouate que nous stérilisions et qui servaient ensuite aux pansements aseptiques des opérés de l'hôpital.

Ainsi, pour les compresses, on passa du simple nettoyage par la blanchisseuse à la caléfaction par le réchaud, à l'imprégnation par l'acide phénique, à l'ébullition, et enfin à la méthode parfaite, la stérilisation à la vapeur humide sous pression avec contrôle par les tubes témoins (1).

Si au lieu des compresses on envisage la stérilisation des éponges, on assiste aux phases d'une même évolution : la stérilisation par la simple imbibition dans l'eau phéniquée, puis par une méthode compliquée dite de la Salpêtrière, et qui, employée d'abord par Vercamer, interne de Terrier, fut adoptée par Terrillon (2) et la plupart des chirurgiens, puis la stérilisation par l'ébullition d'éponges préalablement antiseptisées, et enfin la suppression des éponges, ce qui fut le plus grand progrès de tous. Les éponges ne se prêtaient pas à l'autoclave, elles furent condamnées à disparaître et remplacées heureusement par la mousseline, (3). La stérilisation des fils, celle des instruments et des plateaux qui reçoivent les instruments, passèrent par les mêmes phases, arrivant à l'absolu, depuis le simple bain antiseptique jusqu'à la chaleur humide à 120 degrés qui tue les spores les plus récalcitrants.

Ainsi le chirurgien se débarrassait de toutes les causes d'erreur qui pouvaient entacher son œuvre; c'est en copiant le bactériolo-

(1) Moyens de contrôler la température des étuves à stérilisation; Quénu. *Société de Chirurgie*, 11 mai 1892; *Bulletin de Société de Chirurgie*, p. 360.

(2) *Société de Chirurgie*, 11 décembre 1886, p. 932.

(3) Kœberlé avait supprimé leur emploi bien avant 1885 (Congrès de Chirurgie français, 1885).

giste, c'est en prenant le laboratoire pour idéal qu'il perfectionnait ses méthodes et substituait aux agents chimiques de stérilisation souvent infidèles, un agent physique plus sûr, la chaleur humide, Il constatait en même temps que la suppression du contact des antiseptiques avec les tissus avait les plus heureux résultats; nous savons aujourd'hui pourquoi, et qu'inonder les plaies de sublimé ou d'acide phénique c'est tirer sur ses propres troupes. Ainsi est née l'asepsie: elle est née à la fois d'une doctrine scientifique montrant la puissance de réaction défensive des éléments anatomiques, et de l'observation clinique, tirant avec effort des résultats opératoires progressifs de l'application à la stérilisation des méthodes de laboratoire.

L'asepsie opératoire n'a donc, en somme, été rendue possible que par la rigueur apportée à la stérilisation de tout ce qui doit entrer en contact avec les plaies. Sinon on s'exposerait aux désillusions et au découragement : ce découragement s'échappe du mémoire de Mikulicz, auquel j'ai déjà fait allusion, et on aboutirait presque, si on n'en lisait que les prémisses, à faire machine en arrière et à revenir à l'antisepsie.

Et Mikulicz ne parle pas seulement de sa pratique ; il réunit les confessions de notabilités chirurgicales allemandes, telles que Bergmann, Kœnig, Heusner, Kocher, etc., qui avouent des suppurations pour des sutures de la rotule ou des cures radicales de hernies, et nous sommes en 1897! C'est qu'en effet, tous les progrès antérieurs n'avaient qu'imparfaitement touché à une cause d'erreur non moins capitale que les autres, celle de l'asepsie des mains du chirurgien. Ce n'est que lorsque toutes les autres causes d'erreur ont pu être écartées d'une façon absolue et pour ainsi dire automatiquement contrôlées, qu'on a pu, en dernier lieu, et dans les différents pays, que ces questions passionnent, s'adresser, enfin, au dernier réduit de l'infection.

Est-il possible de stériliser en quelques heures des mains infectées? Voilà la question telle que je l'ai posée devant vous : l'importance des communications faites en réponse à ma proposition, l'ardeur avec laquelle les opinions exposées ont été défendues, tout prouve, contrairement aux assertions de M. Tuffier, que la question n'est pas plus épuisée en cette enceinte qu'à l'étranger.

Tout d'abord, et ceci laisse entières les conclusions écrites d'avance et lues devant la Société de chirurgie, je dois reconnaître que la rédaction de la question telle qu'elle a été faite par moi dans le feu de l'improvisation et sur les vives objections de mes contradicteurs, Routier, Bazy, Kirmisson, etc., que cette rédaction, dis-je, est incomplète, qu'il lui manque un terme

et qu'il faut dire : est-il possible de stériliser *d'une façon constante*, en quelques minutes, des mains infectées ?

Il est bien évident que je n'ai jamais entendu prétendre que les opérations faites par un chirurgien qui, peu de temps auparavant, s'est souillé les mains, dussent nécessairement se terminer par la mort. Cette proposition eût été absurde et contredite par les faits, non seulement par les faits de M. Bazy et ceux de mes collègues, mais par les miens propres, car, avant de mettre en pratique mes idées actuelles, j'ai, comme tout le monde, entremêlé des opérations septiques et non septiques ; la plupart de mes malades guérissaient, cependant quelques-uns mouraient, dont je ne m'expliquais pas la mort, et qui auraient dû guérir ; c'est un examen de conscience toujours fait après chaque échec chirurgical qui m'a ouvert les yeux.

Pour défendre mon opinion, j'ai invoqué deux ordres d'arguments : les uns tirés des travaux bactériologiques, les autres tirés de mes observations cliniques personnelles. Je vais examiner successivement les réponses qui ont été faites à ces deux ordres d'arguments.

J'analyse d'abord les expériences de M. Bazy.

M. Bazy nous a présenté quatre lapins dans le ventre desquels il a promené son doigt. Ce doigt avait été contaminé soit par un toucher d'utérus cancéreux, soit par le contact d'une culture virulente ; cultures récentes de streptocoque, de staphylocoque, colibacille, microbe de la septicémie du lapin ; puis après la contamination et avant la pénétration dans le ventre du lapin, ce doigt avait été lavé et désinfecté.

A chaque lapin ainsi traité était adjoint un lapin témoin, c'est-à-dire laparotomisé et contaminé avec un doigt non lavé. Les lapins témoins sont tous morts.

Des quatre autres, l'un est mort après quarante-huit heures. Son péritoine était absolument sain, nous dit M. Bazy ; mais qu'est-ce que cela prouve, sinon que ce péritoine n'a pas eu la possibilité de manifester un commencement de défense en édifiant des lésions de péritonite ? Les trois autres lapins ont guéri ; ils ont même guéri, comme l'a fait malicieusement remarquer notre collègue, bien qu'ils n'eussent pas pris de bain. En somme, M. Bazy a perdu un lapin sur quatre, proportion de mortalité que je n'ai jamais eue aux temps de la simple antisepsie.

Mais auraient-ils guéri tous les quatre, vous n'auriez certes pas le droit d'en rien inférer contre la thèse que je défends, car ce sont des faits négatifs, en petit nombre, et rien de plus. Je sais bien ce que vous avez répondu : « Un fait peut être positif ou négatif alternativement suivant le point de vue où on se place. » Oui,

sans doute, vous avez raison si vous envisagez les choses d'une façon absolue, car alors il n'y a plus que des faits positifs, mais vous êtes dans l'erreur si vous les envisagez relatives, c'est-à-dire telles qu'elles nous intéressent réellement ; or, à quoi s'adresse dans le cas présent cette relativité, sinon à la possibilité d'une contamination par un doigt souillé puis lavé et antiseptisé? J'ai bien le droit d'énoncer le problème puisque je le pose? et je dis : *votre doigt infecté, puis lavé est dangereux pour les tissus* : vous me répondez non, puisque j'ai opéré quelques lapins et que je vous ai rendu témoin de leur prétention à vivre : vos faits, je le répète, sont négatifs et il n'acquerraient de réelle valeur que s'ils étaient pour ainsi dire innombrables.

Une zone est de temps en temps parcourue par des projectiles : 10, 20, 50 hommes la traversent sans être atteints, en concluez-vous que cette traversée est inoffensive ? Le 51[e] ou le 100[e] est frappé, et votre affirmation est réduite à néant. Je n'ai rien dit autre chose.

Faut-il parler des réserves qu'il convient de faire en bactériologie quand on essaie de conclure des animaux à l'homme? Faut-il rappeler que chaque espèce paraît jouir de propriétés spéciales vis-à-vis des agents microbiens? Qu'en particulier le coefficient d'immunité varie avec la race, avec l'individu, avec l'âge, avec les circonstances chez un même individu?

Quel rapprochement faire entre le pouvoir défensif d'un lapin jeune, sain et vigoureux à qui vous faites une simple laparotomie de quelques minutes à peine et celui d'un malade âgé, débile, pourvu d'émonctoires médiocres, malade, puisque vous l'opérez, et à qui vous infligez une opération de plus d'une heure? Faut-il donc conclure des guérisons de ces lapins non baignés et de celles de chiens, voire d'hommes, accidentellement éventrés puis recousus, que les bains préopératoires valent une précaution inutile?

Je passe aux expériences de M. Delbet, qui comprenant bien que de telles assimilations sont vaines, s'est tourné vers un genre de démonstration plus direct et de valeur plus grande.

Dans une première communication, celle du 30 mai, M. Delbet, nous donne la lecture d'expériences faites avec M. Widal, dont on ne peut récuser la haute compétente bactériologique, et conduites de la manière suivante. Brassant pendant quatre minutes des cultures diverses d'aérobies avec ses deux mains, M. Delbet se lave ensuite les mains *comme pour une opération*, puis il les livre à MM. Widal et Ravaut qui prélèvent de petits fragments d'épiderme en différents points, spécialement aux sertissures des ongles; ces

(1) Geppert. *Berlin. klin. Woch.*, 1887, n[os] 36 et 37.

fragments servent à ensemencer des tubes. Les 10 tubes sont restés stériles; une expérience analogue (le brossage étant toutefois porté à dix minutes) a été faite avec une culture de vibrion septique et a donné le même résultat négatif.

M. Delbet conclut de ses onze expériences qu'il est *possible* de rendre des mains aseptiques même après les contacts les plus septiques. Je veux bien souscrire à la possibilité, mais, ce qu'il n'a pas démontré c'est que cette stérilisation des mains soit constamment possible; du reste il voudra bien reconnaître que ses expériences étaient entachées d'erreur par ce seul fait que son lavage des mains était suivi d'une immersion dans une solution de sublimé et qu'il est de notoriété que les bouillons ensemencés ne cultivent pas dans de telles conditions; ne suffit-il pas d'après Geppert de 1/100.000 de sublimé en solution pour empêcher toute culture du bacille du charbon sur gélatine? Qu'on n'en tire pas un corollaire de sécurité pour les mains, car le même Geppert a démontré que les solutions de bichlorure de mercure à 1/500 ne sont pas germicides, mais seulement inhibitoires, et que si on vient à décomposer la solution, soit par du sulfate d'ammoniaque, soit par toute autre substance, le bouillon, d'abord neutralisé, recultive.

L'expérience démontre encore que les microbes pathogènes neutralisés de telle sorte qu'il ne puisse plus être obtenu une culture sur tubes, sont capables de se multiplier quand on les sème dans des tissus vivants (1).

Cette objection, je ne me serais pas permis de la faire si je ne l'avais entendue formuler par les bactériologistes les plus éminents. M. Delbet en a saisi d'ailleurs d'avance la valeur puisque, la formulant à son tour, il a entrepris de nouvelles expériences dans lesquelles, avant de livrer ses mains à M. Ravaut, il les a essuyées avec des compresses; il a ajouté quelques examens portant sur la stérilité des mains au cours d'opérations : il conclut que les mains deviennent septiques au cours des opérations, mais que les microbes, du staphylocoque blanc la plupart du temps, proviennent non de la peau, mais de l'atmosphère.

En supposant que l'essuyage des mains avec des compresses suffise à enlever toute trace de sublimé, ce que nie Leedham Green, je ne puis que répéter ce que j'ai dit plus haut : M. Delbet a pu se stériliser les mains dans certaines conditions, rien ne prouve que toutes les mains soient aussi stérilisables (objection déjà formulée par Broca et par d'autres avant lui); rien ne prouve que même ses mains, à lui, seront toujours, en toutes circonstances également

(1) Leedham. *Brit. med.*, 1896, p. 1480.

stérilisables. Or, ce qui importe, je le répète, c'est non la stérilisation obtenue dans un cas ou dans plusieurs cas particuliers, c'est la constance de la stérilisabilité.

M. Delbet sait aussi bien que moi qu'il n'est pas le premier à avoir institué des expériences sur ce sujet non encore épuisé, d'ailleurs.

En 1897, Ahfeld (1), en combinant l'emploi de l'eau chaude à celui de l'alcool, arrivait à stériliser les mains dans la proportion de 99 p. 100; c'est déjà beaucoup.

Les résultats de Reinicke étaient analogues et plutôt favorables à la thèse reprise par M. Delbet. On leur a objecté que l'action de l'alcool, en resserrant les parties superficielles de la peau, ne faisait que neutraliser momentanément les bacilles intraglandulaires, les expériences de Bumm, citées par Wormser (2) paraissent assez convaincantes sur ce point; la méthode de Ahfeld ne rendrait les mains stériles que pour un temps très court.

Auparavant Nocht (3) avait démontré qu'un nettoyage purement mécanique des mains d'une durée de 5 à 20 minutes avec du savon, de l'eau chaude et une brosse, n'est pas suffisant pour amener la stérilité, même si on y ajoute un lavage avec une solution de sublimé à 1 p. 1000.

Mais les conclusions de Ahfeld, de Reinicke et de M. Delbet sont tout à fait contredites par celles de Leedham Green (4). Cet auteur, en suivant la méthode de stérilisation de Furbringer, n'obtient, sur 25 expériences, que 2 fois la stérilité des mains, et, dans ces 2 cas, les mains avaient été déjà soumises à la désinfection en vue d'une laparotomie.

Les expériences qui suivent sont plus intéressantes encore.

Sur 12 recherches portant sur des mains normales, c'est-à-dire non soumises à une contamination préalable, la stérilité n'est obtenue que 2 fois.

Leedham pratique alors l'examen de mains ayant subi une infection artificielle.

Dans 11 expériences de contamination avec des microbes sans spores, la stérilité est obtenue 1 fois (bacille pyocyanique).

Dans 6 expériences avec des microbes à spores (bacille de la pomme de terre), la stérilité n'est pas obtenue une seule fois.

Voici le traitement désinfectant qu'on faisait subir aux mains :

(1) Ahfeld. *Deutsch. med. Woch.*, p. 113, 18 févr. 1897; et *Monat. f. Geburts. und Gynäkhol.* 1895.

(2) *Presse médicale*, 1900, p, 207.

(3) Ueber Schiffsdesinfection, *Hyg. Rundsch.*, VI, nº 5, 1er mars 1896. Analyse dans *Revue des Sciences médicales*, du Dr Hayem, 1896.

(4) Leedham Green, *Brit. med.*, oct. 1896.

Brossage avec de l'eau et du savon : 5 minutes;
Rinçage à l'eau stérilisée : 1 minute;
Brossage avec l'alcool : 5 minutes;
Brossage avec l'eau et le savon : 3 minutes;
Rinçage à l'eau stérilisée : 1 minute.

Dans une troisième série d'expériences, on ajouta à ces lavages successifs par le savon et l'alcool une immersion dans le sublimé, mais on eut soin non seulement de passer ensuite les mains à l'eau chaude, mais encore de précipiter les traces restantes de sublimé avec une solution de sulfate d'ammoniaque, ce que M. Delbet a négligé de faire :

37 expériences furent faites.

11 avec des mains normales, donnant 5 infections.

12 avec des mains contaminées par le bacille pyocyanique, donnant 7 fortes infections, et 8 avec des mains contaminées par le bacille de la pomme de terre, donnant 8 infections.

Toutes ces expériences comportaient des tubes témoins qui restèrent presque tous stériles.

Les résultats de Lockwood (1) sont concordants au moins quant à l'inconstance de la stérisabilité.

Sur 49 examens opérés sur la peau du chirurgien et des assistants, il a obtenu 44 fois la stérilité, 5 fois la non-stérilité.

Étendant ses recherches à la peau des malades opérés, il a rencontré des différences suivant les régions; la peau du scrotum n'était par exemple stérilisable que 8 fois sur 14, tandis que celle des membres l'était 9 fois sur 10.

Je citerai encore des expériences que Kelly a fait pratiquer par MM. Robb et Ghreisky (2) et dont voici les conclusions :

1° Les staphylocoques sont présents dans les mains de toutes les personnes.

2° Il est impossible de s'en débarrasser, même en se frottant les mains et les ongles pendant dix à quinze minutes avec une brosse stérilisée, du savon et de l'eau à 40 degrés.

3° Les solutions de bichlorure ne sont pas germicides, mais inhibitoires.

Epstein (3) conclut également que les germes viennent des mains.

Je rappelle encore les très intéressantes recherches de Gottstein, analysées dans le mémoire de Mikulicz, et dont j'ai donné un extrait dans la *Revue de chirurgie*.

(1) Lockwood. *Brit. med.*, 1897, p. 314.
(2) *American Journal of Obstetr.*, t. XXIV et *Traité de gynécol.*
(3) *Zeitsch. f. Hyg.*, XXIV.

Ce bactériologiste a multiplié ses recherches : il a régulièrement, dans une clinique, recherché l'état de stérilité des mains de tous les élèves du service de chirurgie, après désinfection complète à l'alcool et au sublimé. Ces recherches ont montré que chez certaines personnes les mains sont relativement faciles à stériliser et chez d'autres très difficiles.

Chez la même personne les résultats étaient différents suivant les jours; seul l'infirmier aseptique, exclusivement chargé des instruments et des appareils, avait pour ainsi dire constamment les mains stérilisables. Or cet infirmier était le seul des expérimentés qui n'entrât jamais en contact avec les malades, et aucun des autres membres du personnel médical n'a présenté une telle constance dans la stérilisabilité; l'agent habituel de l'infection était du staphylocoque blanc, parfois du staphylocoque doré.

Les recherches bactériologiques de MM. Schwartz et Marmorek, rapportées ici même, plaident dans le même sens.

Tout récemment encore, au Congrès de chirurgie allemand de 1900, Paul, Sarwey, Schleich, Kronig concluent tous à l'impossibilité d'obtenir une stérilisation absolue des mains.

L'objection de M. Delbet que la contamination pourrait bien provenir de l'air plutôt que des glandes cutanées est venue, bien entendu, à l'esprit de plus d'un expérimentateur. Pour éliminer cette objection, Paul et Sarney ont enfermé leurs mains pendant toute la durée de l'expérience (1) dans une espèce de cage stérilisée. D'ailleurs tous ceux qui ont institué ces recherches ont eu soin d'avoir parallèlement des tubes témoins.

Notez que je n'adopte pas la conclusion de ceux qui prétendent qu'on ne peut jamais se stériliser les mains; les expériences positives d'un certain nombre de bactériologistes étrangers, dont Ahfeld, Reiniche, Gottstein, etc., celles de MM. Delbet et Ravaut, prouvent cette stérilisabilité. Ce que je prétends soutenir, c'est que les recherches démontrent l'inconstance de ce pouvoir de désinfection, surtout quand les téguments ont été peu de temps avant contaminés.

Notons encore que M. Delbet, dans ses contaminations par des anaérobies, ne nous a cité que le vibrion septique et pas de microbes à spores.

L'inconstance de la stérilisabilité des mains préalablement contaminées ressort à l'évidence des recherches expérimentales que je viens de citer.

Mais, j'ai hâte de le dire, comme ces expériences sont loin des conditions de la pratique chirurgicale!

(1) Voy. *Presse médicale*, 1900, p. 207.

Dans vos expériences, le temps de contamination a une durée maxima de dix minutes; or, celle d'une opération septique est souvent plus considérable; mais ce n'est pas là le point sur lequel je veux m'étendre, M. Reclus l'ayant avant moi déjà signalé : à peine votre temps de contamination s'est-il écoulé que vite vous soumettez vos mains à une désinfection rigoureuse. En est-il de même dans la pratique de la chirurgie?

Avant que vous n'ayez terminé l'évidement ou la trépanation d'une ostéomyélite aiguë, ou achevé l'hémostase des larges brèches faites dans un phlegmon diffus, la matière septique a le temps de se sécher sur vos mains et de s'infiltrer dans les rainures unguéales, malgré les ablutions périodiques dans le sublimé.

Je rappelle, à ce propos, les ensemencements fertiles obtenus avec des pinces hémostatiques très infectées et *bouillies*, sans avoir été débarrassées, au préalable, par la brosse et surtout par une immersion dans une solution bicarbonatée sodique, des coagula attachés aux irrégularités des mains.

Faites-vous suivre chacune de ces opérations septiques et chacun des touchers septiques que nécessitent le devoir hospitalier et la clientèle, d'un de ces brossages rigoureux et énergiques et de ce décapage à l'alcool que nous pratiquons tous comme vous depuis les travaux de Furbringer et d'Ahfeld ? Si vous me répondez par l'affirmative, et cela doit être pour que la logique soit sauve, j'admire la résistance de votre peau, mais je doute que la plupart des téguments supportent un tel brossage, un tel décapage, répétés non pas trois fois par mois comme vous me le faites dire, je ne sais trop pourquoi, mais huit ou dix fois par jour. Personnellement, je ménage un peu plus mon épiderme, inquiet des excoriations et peu soucieux de recourir aux pâtes de toilette : et, pourtant, je suis comme vous un privilégié, dont la peau est vierge de toute vésicule d'eczéma. Cela ne signifie pas, comme vous le supposez sans y être autorisé par aucune phrase de mes communications, que lorsqu'on met des gants on doive moins se laver les mains avant les opérations; vous pouvez calmer votre inquiétude, je passe beaucoup de temps au lavage des mains, spécialement au nettoyage des ongles et à leur brossage, à la pénétration du savon dans les interstices, au savonnage à l'eau, que je fais souvent suivre d'un savonnage dans une solution glycéro-alcoolique de savon, et enfin au dégraissage par l'alcool. Avant de les tremper dans le sublimé, je sèche les ongles avec une compresse stérile, et j'imite l'excellente pratique de Roux (de Lausanne), consistant à faire tomber quelques gouttes de teinture d'iode autour des ongles et dans la gouttière qui

sépare la pulpe digitale de l'ongle. J'ai encore pris soin, depuis ces derniers temps, de faire bouillir cinq minutes, enveloppé d'une compresse, le morceau de savon blanc et dur que fournit l'hôpital. Cette ébullition stérilise la surface du savon, qui a pu tomber sur le sol, être souillé d'une façon quelconque; elle ramollit une couche épaisse de savon et la rend plus apte à mousser. Mais je dois faire moins souvent que vous un nettoyage d'une telle intensité, parce que je n'exécute la plupart des opérations septiques et les touchers septiques qu'avec des gants imperméables ou des doigts de gant, quand je suppose que la commissure digitale ne doit pas être contaminée. Or, il est bien évident qu'avec cette pratique et si le gant est resté imperméable, ce dont il est facile de s'assurer en faisant couler de l'eau dedans, le brossage post-opératoire devient superflu.

Quand pour une raison de technique j'ai fait sans protection une opération septique, je commence avant tout savonnage par me passer les mains dans de l'eau chaude additionnée d'un peu de lessive de soude; cette solution est merveilleuse pour dissoudre le sang ou le pus coagulés, infiltrés dans les sillons du derme ou incrustés dans les anfractuosités des instruments.

Autre objection plus grave encore.

Vous venez de faire une opération septique non protégé, vous avez pris pendant l'intervention et après toutes les précautions possibles; êtes-vous absolument certain de n'être pas, je ne dirai pas seulement infecté en surface, mais inoculé? Voici non pas un argument théorique, mais un fait : Il y a quelques années et avant d'avoir adopté l'usage des gants imperméables pour les opérations septiques, j'eus à traiter un mardi, de 3 à 4 heures, dans la clientèle du Dr Cayla (de Neuilly), une dame accouchée depuis quelques jours et atteinte d'un phlegmon diffus de tout le membre supérieur et de tout le sein du même côté. Je passai près d'une heure à couturer les régions phlegmoneuses des longues incisions classiques, en les faisant suivre d'une thermo-cautérisation. Je tâchai de réduire au minimum le contact de mes mains avec les parties infectées, et à chaque instant je les immergeais dans une solution de Van Swieten. Je n'avais ni écorchure, ni trace d'aucune solution de continuité quelconque et ne me fis aucune piqûre. L'opération achevée, je me lavai et désinfectai les mains le mieux possible avec de l'eau chaude et du savon, de l'alcool et du sublimé. Rentré chez moi, je procédai à un nouveau lavage. Le soir, la nuit et la matinée suivante, je n'éprouvai aucun malaise, aucune sensibilité locale quelconque. Mais vingt-quatre heures exactement après, au moment où j'entrais à la Société de chirurgie (ces détails ont été consignés par écrit), je ressentis au médius de la

main gauche, sur le côté de l'ongle, une douleur, un battement. Je n'avais le matin, de parti pris, touché à aucun malade. Le lendemain à midi, j'incisai après anesthésie cocaïnique, et fis sortir du pus. Voilà donc un fait très net d'infection digitale, ne se révélant symptomatiquement que vingt-quatre heures après l'inoculation. N'est-il pas évident que si j'avais opéré le mercredi matin, alors que je me croyais absolument sain, j'eusse eu de fortes chances d'infecter mon opérée?

Je n'ai pas parlé des modifications que subit l'asepsie des mains au cours d'un acte opératoire aseptique. Je n'ai aucune expérience personnelle. Je me borne à signaler les contradictions des expérimentateurs : les uns, en minorité, avec MM. Schwartz et Marmorek, trouvent que la stérilité augmente à la fin de l'opération; les autres, tels que les bactériologistes étrangers et M. Delbet, trouvent qu'elle diminue : dans ce dernier parti, un schisme éclate quant à l'interprétation, la plupart expliquant la cessation de l'asepsie par une migration des microbes de la peau; M. Delbet y voyant des microbes tombés sinon du ciel, au moins de l'air ambiant.

J'arrive à la réfutation des arguments cliniques, que j'ai apportés sous forme d'une statistique totale d'un an et d'une statistique de deux ans de mon pavillon de femmes.

J'ai entendu avec un certain étonnement M. Tuffier prononcer cette phrase : « Je suis convaincu que si M. Quénu, au lieu de nous apporter une statistique *qui à mon avis est comme toutes les statistiques ainsi faites, sans grande valeur*, etc. »; d'autres de mes collègues, mais dans un style moins ambigu, n'ont manifesté qu'un médiocre intérêt pour les statistiques.

Je ne puis accepter ce dédain. Quel moyen avez-vous donc de montrer l'excellence d'un procédé opératoire ou d'une méthode chirurgicale, sinon de confirmer les raisonnements *a priori* par l'apport de faits et par conséquent de chiffres? Vous avez le droit d'exiger d'abord la sincérité absolue des chiffres, leur classement méthodique qui suppose une suffisance de renseignements et d'analyses, vous pouvez ensuite contester l'interprétation, mais là s'arrête votre droit.

La sincérité d'une statistique peut pécher par manque de loyauté, de mémoire ou d'ordre : j'estime donc qu'il convient de mettre toujours ses collègues à même d'en vérifier l'absolue exactitude.

Dans chacune de mes deux divisions (septiques et aseptiques), un cahier est affecté aux opérations. Le nom du malade (1), le

(1) Dans le service des femmes, il existe un cahier spécial pour les opérations abdominales et un cahier pour les opérations ordinaires.

numéro du lit, la date d'entrée et celle de l'opération sont inscrits d'avance par la surveillante; le cahier est présenté à l'opérateur chef ou interne, immédiatement après l'opération, au moment de la signature, pour que soient inscrites et la maladie et l'opération.

L'inscription du résultat échappe à l'opérateur; elle est faite par la surveillante à la colonne restée blanche.

Ce procédé simple évite toute erreur résultant d'un défaut de mémoire, d'une omission de fiche ou d'observation, il permet de retrouver facilement la nature d'une intervention antérieure de quelques années, il autorise les chirurgiens à y renvoyer les sceptiques comme à un acte authentique.

La discussion d'une statistique intégrale, ainsi comprise, ne peut donc porter que sur l'interprétation des résultats, or, j'attends encore les objections : je n'ai tiré aucun parti de l'absolu des chiffres, j'ai montré que dans l'espace de trois ans, je n'ai eu aucune de ces surprises qui déroutent et découragent et pourtant maintes de mes grandes opérations ont porté sur des tarés et des cachectiques que je guérissais rarement autrefois. J'ai ajouté des renseignements précis sur les modes de guérison et sur la tolérance pour les fils, j'ai donné un bloc de faits dont je n'ai pas distrait les opérations faites par mes internes, et je trouve là un argument d'une certaine portée : il écarte en effet cette hypothèse que l'amélioration de mes résultats serait la conséquence de mon propre perfectionnement technique et non celle de mes idées sur l'asepsie.

Dans cette discussion, j'ai incontestablement au point de vue des arguments de pratique un certain avantage sur mes contradicteurs. J'ai autrefois suivi leur pratique actuelle, j'ai peu à peu changé ma manière de faire, et j'ai comparé. J'admets que la comparaison entre les résultats en bloc de deux services peut être délicate et difficile tant sont complexes les causes qui peuvent les influencer, mais la comparaison de deux manières de faire dans un même service et dans les mêmes mains chirurgicales est singulièrement instructive.

Cette comparaison, je la fais depuis huit ou neuf ans; j'ai constaté que mes résultats étaient meilleurs, non pas seulement au point de vue de la vie de l'opéré, mais de la simplicité des suites, quand mes mains demeuraient plusieurs jours à l'abri de toute souillure

Depuis dix ans, j'ai été aidé successivement dans mes opérations abdominales par trente-trois internes différents; j'ai observé que les suppurations de paroi étaient exceptionnelles avec certains, moins rares avec d'autres, chez ceux-là précisément que l'on pouvait qualifier de TOUCHE A TOUT..

J'ai constaté que les accidents post-opératoires, il y a quelques

années, survenaient toujours au moment des changements de services.

J'ai, d'autre part, observé et comparé les résultats obtenus par mes internes opérateurs, se lavant également bien les mains sous mon contrôle, mais accordant plus ou moins de créance aux idées de leur chef.

Toutes ces observations patiemment faites pendant dix ans, les enquêtes minutieusement conduites après chaque cas de septicémie, ou chaque suppuration du fil, voilà ce qui m'a conduit à mes idées actuelles, indépendamment de toute notion expérimentale et de toute donnée de laboratoire.

A entendre M. Delbet, j'aurais été guidé vers ma pratique chirurgicale par ce raisonnement simpliste tiré de données de laboratoire : « Il est impossible d'aseptiser les mains; il est facile d'aseptiser les gants; donc, il faut mettre des gants pour opérer. » Mon contradicteur ayant ainsi posé le problème à sa guise, démontre pour un petit nombre de cas et dans certaines conditions que ses mains à lui sont stérilisables et d'un seul coup pense ruiner tout l'édifice : ce que je viens de répéter avec insistance et qui n'est que le développement de ce que j'ai toujours dit et écrit, c'est que la clinique m'a convaincu que certains accidents post-opératoires sont la conséquence d'une contamination de la veille. J'en ai conclu que la désinfection des mains n'était pas toujours certaine, et j'ai trouvé dans les expériences de laboratoire la confirmation de mes observations d'hôpital.

Mais, Messieurs, je ne revendique pas le monopole de ces observations. Je puis affirmer ici sans crainte d'être contredit par lui, que M. Terrier les a de son côté également faites, et c'est ce qui l'a conduit comme moi à vous donner cette formule : « Faire tout son possible pour ne pas se contaminer les mains. »

Notre collègue Schwartz conclut aussi en disant, en parlant des mains : « Le premier but est de les infecter le moins souvent possible. »

M. Lejars a depuis deux ans cherché à préserver de plus en plus ses mains des contacts septiques : ses opérés ont guéri plus simplement, il a eu moins de ces malaises des premiers jours qu'on attribuait autrefois au shock opératoire; ses cicatrices ont été meilleures, il a restreint le drainage, et sa sécurité après les laparotomies a été plus grande.

M. Guinard a bien voulu modifier sa manière de faire depuis ma première communication; il a eu, nous dit-il, des résultats de beaucoup supérieurs à ceux qu'il avait eus jusque-là.

Tous ces témoignages concordent et s'ajoutent au mien. Ils sont également loin de manquer à l'étranger.

Eiselsberg a vu le nombre de ses suppurations diminuer de moitié depuis qu'il préserve ses mains des contacts septiques.

Wolfler recommande l'usage des gants en caoutchouc dans les opérations purulentes.

Kelly (1), dans son magistral *Traité de gynécologie opératoire*, écrit cette phrase (page 19) : « Le chirurgien et ses aides doivent acquérir un sentiment d'aversion instinctive pour tout attouchement septique; un assistant obligé d'entrer en contact direct avec un abcès ou un écoulement cancéreux, et, par-dessus toute chose, celui qui a examiné un cas de fièvre puerpérale doit être écarté de toute assistance opératoire. »

Messieurs, je m'arrêterai peu à réfuter une objection faite à cette tribune par M. Delbet. « Vous avez, nous a-t-il dit, la prétention d'éviter tout contact septique; mais dans la vie habituelle, c'est pure utopie; le pain que vous mangez est couvert de germes. » Nous ne l'ignorons pas, mais l'expérience de nos maîtres nous a appris, d'autre part, que lorsqu'un médecin mêlant la pratique obstétricale à la médecine rencontrait par hasard la fièvre puerpérale sur son chemin, ses mains jadis, peu habituées aux lavages et relativement inoffensives, acquéraient dès lors une puissance de contamination effroyable et semaient inconsciemment la mort. Aucune notion n'importe donc plus que la virulence des germes et que la résistance de certains germes à la destruction; les spores du microbe du tétanos résistent à une température de 110° et ne sont tués qu'à 113°, comment admettre que le savon, l'alcool et le permanganate vont les détruire?

J'ai fait allusion à des cas de tétanos intérieur observés consécutivement à l'entrée de tétaniques venus du dehors et propagés par la main du chirurgien. M. Lucas-Championnière est venu nous rapporter une observation de ce genre; ce seul fait positif importe plus que cinquante cas où le chirurgien, ayant pansé à la fois des tétaniques et des non-tétaniques, n'a vu se développer aucun accident. Soit dit en passant, cette question de contagion manuelle du tétanos n'a rien à faire avec la question des injections préventives, que j'accepte.

Je résumais mon opinion dans la *Revue de Chirurgie*, au commencement de 1898, en disant: « Un chirurgien qui pratique une opération d'une certaine importance ne doit pas, la veille, avoir touché un malade septique. » Il n'y a dans cette profession de foi ni proclamation de dogme ni excommunication. Que M. Broca se rassure; il n'entre pas dans mes intentions de le massacrer au passage du Jourdain; qu'il opère à son gré *n'importe quoi, à peu*

(1) Kelly. *Opérat. gynécol.*, 1899.

près n'importe où, c'est son affaire. J'exprime simplement une opinion personnelle, qui est celle de Terrier, son maître, de Kelly et de beaucoup d'autres.

Voilà donc pour moi la question de doctrine chirurgicale posée ; elle est indépendante de tous les moyens possibles et imaginables qu'on peut employer pour la réaliser.

A plusieurs reprises j'ai dû protester contre les opinions qui m'étaient à tort attribuées ; sans nul doute, j'ai eu le tort d'être insuffisamment explicite dans ma communication dernière, mais je la donnais comme suite à celle de l'an passé et à celle d'une revue analytique de 1898, à laquelle j'ai déjà fait plus d'une fois allusion, et je voulais éviter des redites.

Je suis tellement loin de confondre la question primordiale qui est celle-ci : garder le plus possible les mains pures de tout contact septique, avec cette autre, en somme secondaire, de l'emploi des gants imperméables en chirurgie, qu'aucune de mes communications n'a par son titre fait allusion à l'usage des gants, et que dans les premières, tout en défendant les mêmes principes qu'aujourd'hui, je ne m'étais pas rallié à cet usage.

Je n'ai donc jamais confondu, comme semblerait le croire M. Delbet, la cause de l'asepsie avec celle de l'usage des gants : *l'asepsie est une doctrine et une méthode, le gant est un moyen.* On conçoit en effet qu'il soit possible de réaliser la chirurgie aseptique en évitant les contaminations et en ne faisant que la chirurgie propre. C'est un peu ce que fait M. Terrier qui dispose d'assistants. C'est ce que je m'efforce de faire au pavillon Pasteur en confiant la chirurgie septique à un de mes internes. On peut encore, ainsi que le conseillait M. Terrier, diminuer la fréquence de ces contacts septiques, en se servant d'instruments pour les pansements sales et en évitant dans les ouvertures d'abcès toute introduction digitale dans le foyer. Il est néanmoins incontestable qu'un moyen plus commode est d'adopter les gants imperméables, soit pour les opérations, soit pour les pansements septiques ; mais, ai-je ajouté, il est telle opération septique, comme une appendicite aiguë, qui peut se prêter mal à l'usage des gants (1).

Dans ce cas, si le chirurgien avait projeté pour le lendemain une opération aseptique, telle qu'une cure radicale de hernie, un fibrome, etc., il peut sans crainte opérer en usant de gants imperméables. Ai-je besoin d'ajouter, Messieurs, s'il en a l'habitude. J'ai dit que je faisais couramment des extirpations de fibromes mains gantées ; j'apporterai, quand on viendra à discuter

(1) A cause de l'imprévu des recherches, etc., et de leur délicatesse.

leur thérapeutique, une statistique, vierge, de plus de 100 cas (1).

Je n'insiste pas sur les avantages considérables que peut présenter la conduite d'une opération avec des gants, d'abord, pour la phase septique ; sans gants ou avec des gants de rechange pour la phase non septique ; et je conclus en répétant la rectification que j'ai introduite au cours de la discussion : « Mettre des gants pour les opérations aseptiques chaque fois qu'ayant fait, la veille ou l'avant-veille, de la chirurgie sale, on doute de l'asepsie de ses mains ; les gants ne sont qu'un moyen commode de mettre d'accord les exigences de la pratique chirurgicale et le respect de la doctrine aseptique. » En dehors de ces conditions spéciales, je fais les opérations aseptiques non ganté.

Je vous demande la permission, pour terminer, de répondre à quelques critiques qui m'ont été adressées par les différents orateurs et que je n'ai pu classer dans cet exposé imparfait de mon opinion.

Avec les idées qu'il soutient, s'écrie M. Bazy (il, c'est moi), il devrait, en cas de hernie étranglée, revenir au taxis et au taxis prolongé et répété, de si funeste mémoire! Il devrait s'abstenir en face d'une contusion de l'abdomen! En d'autres termes, mon collègue m'enferme dans ce terrible dilemme : ou d'être illogique ou de renoncer à la chirurgie d'urgence.

Est-ce parce que j'ai conseillé de ne laparotomiser les malades qu'après plusieurs bains? Mais qui ne comprend que je parlais d'opérations préméditées et non d'opérations improvisées.

Pour celles-ci, comme pour la chirurgie de guerre, on fait pour le mieux, et ce qu'on peut.

Quant à mon souci d'avoir toujours les mains nettes, il ne me semble pas qu'il doive nuire à la chirurgie d'urgence. Que si mon collègue suppose le cas où je serais moi-même atteint d'étranglement herniaire, je réponds qu'ayant le choix, je préférerais pour mon péritoine des mains qui n'aient pas le matin ni même la veille tripoté une plèvre purulente ou un phlegmon gangreneux du périnée.

M. Bazy me supprimait la chirurgie d'urgence ; M. Reynier va plus loin, il me condamne à l'ovaire kystique à perpétuité et sans circonstances atténuantes, car, ajoute-t-il, si par malheur un fil suppure, serai-je obligé d'abandonner cet ovaire kystique à son malheureux sort.

D'autre part, ce fait que j'apporte des extirpations de cancers du rectum dans ma statistique (6 avec 6 guérisons) l'offusque énormément. Cela prouve qu'il n'a certainement lu aucune des

(1) Kelly conseille l'usage des gants pour les myomectomies.

communications que j'ai faites ici et ailleurs sur la technique de opérations, et je l'en excuse du reste.

Comment d'autre part concilier les idées louables de M. Reynier sur la difficulté d'aseptiser les mains, avec son conseil de craindre moins de toucher aux suppurants? Sa confiance dans la solution de sublimé est excessive. Ne comprend-il pas que l'avantage essentiel des gants imperméables est précisément de faire les deux chirurgies septique et aseptique? Je m'associe d'ailleurs sans réserve à sa diatribe contre les gants de fil chers à Mikulicz et à M. Tuffier.

Il m'a semblé en somme, pour ce qui est de l'usage des gants en chirurgie septique, que la violente opposition du début avait un peu faibli.

M. Reynier me disait en sortant qu'il en avait toujours une paire dans sa poche.

M. Rochard les met pour ouvrir les empyèmes et les phlegmons, gratter les abcès froids, tout en affirmant qu'on peut se désinfecter les mains.

MM. Albarran, Ricard et Gérard Marchant nous autorisent à dire qu'ils les emploient pour les opérations septiques.

M. Terrier ne s'en sert pas, mais il concède que l'emploi des gants imperméables pour faire des opérations septiques lui semble tout à fait rationnel.

MM. Lejars, Guinard, etc., ont également adopté les gants pour les opérations septiques.

Quelles sont les objections faites à l'emploi des gants imperméables? la difficulté de les mettre, la déchirure ou la piqûre pendant l'acte opératoire, mais surtout l'entrave qu'ils apportent à la fonction.

Tout d'abord, il est incontestable que si nous n'avions à notre disposition que des gants épais, mal ajustés et difformes, les seuls que consentent à nous livrer les fabricants français, j'en serais resté à ma pratique d'il y a trois ans et je me passerais de gants. Mais il en existe d'excellents à l'étranger, et qu'on trouve aisément à Paris; j'ai la pratique pour ma part des gants américains d'épaisseur égale (gants employés par Mac Burney), en usage en Amérique, et surtout celle des gants de Perth, dont j'ai présenté un échantillon à la Société de chirurgie il y a deux ans.

Les deux modèles sont stérilisables même à l'autoclave : le premier ne se met aisément qu'avec de la poudre de savon et à sec. J'ai plus l'habitude du second (gant de Perth). Pour les entrer, il suffit de les remplir de Van Swieten ou d'eau en les tenant par la manchette et de faire pénétrer ses doigts, la main verticale et dirigée en bas : puis on relève les doigts en l'air, le liquide qui rem-

plissait les gants coule tout le long du coude, et en se vidant, chaque tube mince digital s'applique étroitement à la peau des doigts.

M. Delbet nous a dit : « Pour ganter sa main gauche, il faut se servir de sa main droite nue : si celle-ci n'est pas aseptique, elle va septiciser le gant. » Cette objection ne s'adresserait qu'aux cas où ayant pratiqué la veille une opération septique, les mains, malgré tous les brossages et lavages préalables, n'auraient pas acquis toute l'aseptie désirable.

Ma réponse a été d'avance, en 1899, écrite dans cette phrase : « Il importe, si les doigts du chirurgien sont suspects, de mettre le premier gant sans en toucher les doigts, de l'autre main non gantée. »

Le gant peut-être coupé par les ciseaux au cours d'une opération ou perforé avec l'aiguille de Reverdin ? cet accident ne m'est arrivé qu'au début, quand j'étais moins exercé ; il n'aurait d'inconvénient du reste qu'au cas où faisant une opération septique et ne vous étant pas aperçu de la solution de continuité vous garderiez l'illusion d'une préservation absolue. Rien n'est plus simple que la vérification des gants à la fin de l'opération : vous n'avez qu'à faire couler de l'eau dedans, un trou, si minime qu'il soit, virtuel pour ainsi dire, à cause de l'élasticité du caoutchouc, laisse de suite passer ce filet de liquide et ne saurait vous échapper.

Reste l'objection importante, la seule sérieuse : la diminution d'habileté et de finesse tactile. Messieurs, je ne l'ai jamais niée, puisque dans ma première communication je reconnaissais que malgré leur perfectionnement les gants enlèvent toujours un peu de dextérité à l'opérateur, mais vous m'accorderez bien que M. Delbet exagère tant soit peu quand il écrit d'une façon générale qu' « une opération chirurgicale exige une certaine virtuosité manuelle ». La chirurgie septique, dans les cinq sixièmes des cas, consiste à ouvrir des abcès, et point n'est besoin de virtuosité pour cela.

Bon nombre d'opérations aseptiques ont leur technique tellement réglée que leur exécution parfaite se concilie très bien avec l'usage des gants. Mais je n'insiste pas, Messieurs, c'est affaire personnelle; j'opère sans être gêné avec des gants, et je suis arrivé après un court apprentissage, à deux ou trois minutes près, à exécuter les opérations dans le même temps que non ganté. Si, après un essai loyal, vous arrivez à un autre résultat, n'en mettez que pour les opérations septiques. La seule conviction que je voudrais faire pénétrer dans l'esprit de ceux qui m'écoutent ou me liront, c'est la crainte salutaire des contaminations habituelles et répétées, c'est encore une fois la conviction qu'on n'est

pas sûr d'obtenir d'une manière constante l'asepsie de mains récemment et profondément infectées. M. Bazy nous disait : « Les expériences de laboratoire ne s'appliquent pas rigoureusement à la clinique »; nous pouvons compter chez nos malades sur le rôle puissant de la phagocytose, et l'on peut bien dire que sans cette propriété de l'organisme, il y aurait vraiment à renoncer à la chirurgie. »

J'accorde, Messieurs, que dans cette partie que nous jouons chaque jour et dont l'enjeu est souvent la vie de l'opéré, nous devons nous résigner à ne pas atteindre l'absolu. Nous attendons de cet opéré sa contribution personnelle. Avouons cependant que dans bon nombre de cas, il nous est impossible d'évaluer son pouvoir défensif : l'histoire clinique, l'examen des organes viscéraux, l'analyse de la nutrition ne nous fournissent que des probabilités et rien de plus; par suite, demandons au malade l'effort minimum, faisons la part de l'imprévu aussi petite que possible, et pour cela cherchons à réduire de plus en plus la distance qui sépare l'asepsie chirurgicale de l'asepsie idéale du laboratoire.

Présentation de malades.

Fracture du crâne, avec enfoncement.

M. Launay présente un malade guéri par la trépanation d'une fracture du crâne avec enfoncement, et remet deux observations de trépanation, l'une primitive, l'autre tardive, pour fracture du crâne.

Remis à l'examen d'une commission : M. Ricard, rapporteur.

Sarcome du crâne.

M. Morestin présente un malade opéré d'un sarcome du crâne gros comme une orange, déterminant des crises épileptiformes et des troubles de la parole. La tumeur a été extirpée le 1er mars 1899, et la guérison est encore absolument parfaite.

Remis à l'examen d'une commission : M. Ricard, rapporteur.

Présentation de pièces.

Tuberculose rénale et pyélite tuberculeuse diagnostiquées au début de leur évolution par le cathétérisme urétéral. Néphrectomie lombaire. Guérison.

M. Albarran. — J'ai l'honneur de vous présenter un rein présentant des lésions tuberculeuses au début de leur évolution, que j'ai diagnostiquées grâce au cathétérisme urétéral. Ce rein a été extirpé le 18 septembre dernier. Voici l'observation de mon malade.

M. J... (de Nüremberg) âgé de vingt ans. Pas d'antécédents tuberculeux dans sa famille. Il y a cinq ans, rhumatisme articulaire aigu avec endocardite : le premier bruit, à la pointe, reste un peu soufflant, mais le cœur est bon d'après l'examen de M. le professeur Dieulafoy.

En février 1900, envies fréquentes d'uriner, mictions douloureuses et urines troubles. On crut voir alors des bacilles de Koch dans l'urine et, après examen au cystoscope, un confrère allemand diagnostiqua une cystite tuberculeuse. Le malade prit de l'urotropine et en six semaines les symptômes vésicaux disparurent.

En juin 1900, les mêmes symptômes reparurent et, un jour, on vit un peu de sang dans l'urine. On ne trouva pas à ce moment des bacilles de Koch dans l'urine : le malade alla à la campagne et regagna sept livres sur les treize qu'il avait perdues de son poids. Les urines continuant à être troubles et de temps en temps les mictions fréquentes, le Dr Neuerberger m'adressa le malade.

Au commencement du mois de septembre, je constatai que le malade présentait les apparences d'une bonne santé, les mictions n'étaient pas fréquentes ni douloureuses et le malade ne se levait pas la nuit pour uriner. Les urines étaient louches avec un léger dépôt purulent. L'examen bactériologique ne montrait que de rares diplocoques et ne fit trouver aucun bacille de Koch; l'examen histologique montrait quelques cellules épithéliales dégénérées et de nombreux globules de pus : chimiquement les urines étaient à peu près normales, mais contenaient une petite quantité, indosable, d'albumine.

Examen.

Urètre : normal.

Vessie : 200 grammes de capacité, non sensible au sondage ; normale au double palper.

Prostate : un peu grosse pour l'âge du malade sans aucun noyau.

Vésicules séminales, non senties.

Reins et uretères, non sentis au palper, sans aucune sensibilité à la pression.

Poumons sains, d'après l'examen de M. le professeur Dieulafoy.

Le 13 septembre, cystoscopie et cathétérisme urétéral.

Au cystoscope, la vessie paraît normale, sauf un peu de rougeur et d'œdème au niveau du trigone, plus accusés du côté gauche, ce qui m'engage à cathétériser le rein de ce côté.

Cathétérisme urétéral très facile. Une sonde n° 7 pénètre sans difficulté jusque dans le bassinet, où je trouve 15 grammes d'urine très trouble. La sonde est laissée en place pendant une heure et on recueille pendant le même temps, avec une sonde introduite dans la vessie, l'urine du rein droit. Les sondes ayant été retirées, le malade, ne souffrant aucunement, est allé se promener dans l'après-midi à l'Exposition.

Voici les analyses des deux urines rénales pratiquées par M. Bernard :

	REIN DROIT	REIN GAUCHE
	—	—
Quantité.	42 centimètres cubes.	75 centimètres cubes.
Couleur	Jaune pâle.	Jaune très pâle.
Aspect	Limpide à peine trouble.	Très louche.
Réaction	Acide.	Très légèrement acide.
Densité	1011.	1005.
Urée	17 gr. 29 par litre.	12 gr. 81 par litre.
Chlorures	9 gr. 3 — —	5 gr. 8.
Albumine	20 centigrammes.	Traces indosables.
Sucre	Néant.	Néant.
Centrifugation. .	Dépôt insignifiant.	Dépôt plus abondant.

Examen histologique.

Hématies, leucocytes rares (proportion du sang), rares cellules épithéliales de la vessie, des cristaux uratiques peu abondants.

Leucocytes très abondants, cellules épithéliales très abondantes, sphériques, à noyaux vésiculeux et protoplasma granuleux dégénéré (bassinet).

Examen bactériologique.

Aucun microbe ; pas de bacilles de Koch.

Diplocoque extrêmement rare ; par le Ziehl, deux amas rouges constitués probablement par des bacilles de Koch.

En résumé : à droite, urine normale, sauf une petite quantité de sang due à la cystoscopie ; à gauche, urine purulente contenant moins de matériaux solides et, très probablement, des bacilles de Koch.

Cette analyse et la constatation d'une petite rétention de 15 grammes d'urine dans le bassinet me conduisent au diagnostic : *Tuberculose rénale au début dans le rein gauche avec lésions du bassinet ou de l'uretère ; intégrité du rein droit.*

Le 18 septembre, j'enlevai par la voie lombaire le rein que voici : le 6 octobre, dix-huit jours après l'opération, le malade se levait.

Le 20 octobre il est parti complètement guéri pour son pays ; ses urines sont absolument limpides, la santé générale parfaite.

Vous pouvez voir que ce rein présente absolument l'apparence d'un rein normal, et si je n'avais pas eu la certitude absolue de mon dia-

gnostic, je n'aurais jamais osé l'enlever. Ce n'est que lorsque j'isolai l'uretère que ce conduit me parut un peu plus gros qu'à l'état normal. Voici ce même rein, ouvert suivant la coupe longitudinale d'autopsie; examinez-le et vous ne pourrez trouver qu'à la pointe d'une pyramide un petit point grisâtre de la grosseur d'une tête d'épingle, impossible à voir chez le vivant. Donc, de par son aspect extérieur, son volume, son poids, ce rein est normal : si on avait pratiqué une néphrotomie, même avec une large incision, on aurait considéré que l'organe était sain.

Ce n'est qu'en multiplant les coupes que j'ai fini par trouver sur la face antérieure du rein, à un centimètre de profondeur, une petite caverne tuberculeuse de la grosseur d'un petit pois. Le bassinet est, lui, un peu dilaté, et sa surface interne paraît rugueuse, chagrinée à gros grains.

L'*examen histologique* d'un fragment du rein, ne comprenant pas la petite cavernule, montre un parenchyme sain; dans le bassinet on trouve des follicules tuberculeux.

Je ne veux pas faire de longs commentaires sur cette observation et je me borne à affirmer que, *sans le cathétérisme urétéral, il eût été impossible de faire, chez ce malade, le diagnostic de tuberculose rénale droite*, moins encore de prévoir l'étendue des lésions. J'appelle enfin votre attention sur cette pyélite tuberculeuse avec de minimes lésions du parenchyme et sur la polyurie du rein malade que j'ai notée plusieurs fois au début de la tuberculose rénale.

Gros calcul biliaire.

M. Routier. — Voici l'observation d'occlusion intestinale produite par le calcul biliaire que je vous ai présenté dans la dernière séance.

Le gros calcul biliaire de forme ovoïde que je vous présente mesure 37 millimètres dans un sens, 28 millimètres dans l'autre; je l'ai enlevé par entérotomie de l'intestin grêle qu'il obstruait :

Mme X..., soixante-cinq ans, fut prise un dimanche de violentes coliques avec impossibilité d'aller à la selle; elle prit une dose d'huile de ricin qui ne passa pas : son médecin, le Dr Rambaud, appelé le lendemain, constatait tous les signes de l'occlusion intestinale et m'appelait auprès de sa malade le mardi; elle avait déjà des vomissements fécaloïdes.

La langue était sèche; le pouls, rapide, était intermittent et irrégulier, ce qui était dû dans l'espèce à une maladie du cœur; le ventre était fortement ballonné, la douleur sus-ombilicale et médiane, l'occlusion complète.

La malade racontait qu'elle avait eu trois fortes attaques de péritonite dans sa vie et de nombreuses crises de coliques hépatiques.

J'avoue n'avoir pas fait le diagnostic de la cause de l'occlusion, mais celle-ci me paraissant aiguë et l'état de la malade menaçant de se gâter, convaincu qu'il y avait un obstacle mécanique, peut-être une occlusion par bride, je conseillai la laparotomie qui fut acceptée et pratiquée le mardi soir.

La malade était très grasse; le ventre ouvert, l'épiploon, rouge, était adhérent partout; je le réséquai; les anses du grêle apparurent rouges et un peu poisseuses; je cherchai dans les flancs : pas de bride, mais dans le flanc droit, vers la terminaison de l'intestin grêle, je trouvai une anse affaissée et presque aussitôt un point gros et dur que j'attirai.

Le calcul que je vous présente remplissait le calibre de l'intestin qui, distendu au-dessus, était rétracté au-dessous; l'intestin distendu laissait voir l'aspect jaune truffé du calcul.

Je pratiquai aussitôt une incision qui me permit d'extraire le calcul, et sans qu'il soit sorti ni gaz ni matières, je pus recoudre ma plaie intestinale par deux plans au fil fin.

Je croyais ma malade trop avancée dans sa péritonite pour pouvoir guérir.

Dans la nuit, elle eut plusieurs évacuations, matières et gaz; le ventre se déballonna, elle ne vomit plus.

La journée du mercredi fut très bonne, et à sept heures du soir je croyais la malade sauvée; malheureusement, une forte congestion pulmonaire l'a enlevée; elle avait soixante-cinq ans et était cardiaque.

Ce calcul est remarquable parce qu'il porte deux facettes bien nettes comme un vrai calcul biliaire.

Le Secrétaire annuel,

AD. JALAGUIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 31 OCTOBRE 1900

Présidence de M. Richelot.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Un travail de M. Fontoynont (de Tananarive) intitulé : *Grossesse extra-utérine gémellaire.*

Ce travail est renvoyé à une Commission. Rapporteur : M. Potherat.

3° Un travail de M. Dubujadoux, médecin principal de l'armée, intitulé : *Trois observations de chirurgie.* — Ce travail, déposé par M. Chauvel, est renvoyé à une Commission. Rapporteur : M. Chauvel.

4° Un mémoire inédit de MM. Imbert et Jeanbrau intitulé : *Pathogénie des grenouillettes.* — Ce travail est renvoyé à la Commission du Prix Ricord.

5° Un mémoire anonyme déposé avec l'épigraphe suivante : « *Vires acquirit eondo* ». — Ce travail intitulé : *Anatomie pathologique du cancer de l'estomac, envisagé au point de vue chirurgical*, est renvoyé à la Commission du Prix Gerdy.

6° Un mémoire anonyme, déposé avec l'épigraphe suivante : « *Les médecins ne te guériront pas car tu mourras à la fin* » (Pascal). — Ce travail intitulé : *Les sutures artérielles*, est renvoyé à la Commission du Prix Laborie.

7° Une communication de M. Braquehaye (de Tunis), membre correspondant, *sur le traitement des fistules vésico-vaginales*, dont lecture a été faite au cours de la séance.

Errata.

1° La 1re ligne de la page 941 doit être reportée après la dernière ligne de la page 939 ; elle s'applique à la communication de M. Bazy et non à celle de M. Terrier.

2° Les Commissions des Prix seront nommées à partir du 1er novembre. C'est par erreur qu'elles avaient été désignées en octobre.

A l'occasion du procès-verbal.

Sur l'asepsie opératoire.

M. Bazy. — Je ne veux pas rentrer dans la discussion de l'asepsie opératoire; je ne veux, pour ce qui me concerne, que faire quelques rectifications à la longue communication de notre collègue et ami Quénu.

Si je le fais, c'est que je crains que l'impatience prolongée de la contradiction ne lui ait enlevé la vision nette de la pensée et la conception impartiale de la valeur des paroles et des écrits de ses contradicteurs.

J'ai montré ici trois lapins sur quatre, opérés de laparotomie après infection des doigts et nettoyage de ces mêmes doigts; le quatrième lapin était mort *plus de quarante-huit heures* après l'opération, et j'avais pris soin d'ajouter que son péritoine était absolument sain. Or, savez-vous ce que dit M. Quénu? « Qu'est-ce que cela prouve, sinon que ce péritoine n'a pas eu la possibilité de manifester un commencement de défense en édifiant des lésions de péritonite ? »

Je demanderai humblement à notre collègue s'il a jamais vu mourir d'infection péritonéale, plus de quarante-huit heures après une inoculation possible, un être, animal ou homme, dont le péritoine n'ait pas pu manifester un commencement de défense, se traduisant tout au moins par de la rougeur, de la vascularisation, un état dépoli de la surface, qui n'existaient pas chez le lapin en question.

Et il n'hésite pas à conclure : « Enfin, M. Bazy a perdu un lapin sur quatre, proportion de mortalité que je n'ai jamais eue au temps de la simple antisepsie. »

Que répondrait-il, si je disais de telle de ses malades morte de syncope, alors qu'elle était guérie de son opération, qu'elle est morte d'une embolie septique, ou de telle autre, qu'il nous dit morte de collapsus et d'hypothermie, qu'elle est morte d'une infection suraiguë?

Il m'excusera si je me permets de croire qu'il y a d'autres causes de mort, même post-opératoires, que l'infection.

Une deuxième rectification est la suivante :

Je n'ai pas conclu d'animal à homme, ni même d'animal d'une espèce à animal d'une autre espèce, mais de lapin à lapin. Seulement je dois avouer franchement que chez mes lapins, je ne me suis pas suffisamment enquis de leur âge, de leurs antécédents personnels ou héréditaires, et que je n'ai pas établi le bilan de leur santé. Je m'en suis rapporté aux apparences.

Je me hâte de reconnaître avec lui que nous n'opérons que des gens malades; du moins, il ne m'est jamais entré dans l'esprit d'opérer des gens bien portants.

Enfin, tout à la fin de sa communication, M. Quénu fait une citation de mes paroles justifiant ainsi la parole célèbre : Donnez-moi une ligne d'un individu, et je me charge de le faire pendre.

Il fait cette double citation : « Les expériences de laboratoire ne s'appliquent pas rigoureusement à la clinique », ai-je dit; je pense que personne ne me contredira, pas même lui.

Mais il cite aussi cette autre : « Nous pouvons compter chez nos malades (vous voyez, je dis, malades, car nous n'opérons pas des gens bien portants) sur le rôle de la phagocytose, et l'on peut bien dire que sans cette propriété, il y aurait vraiment à renoncer à la chirurgie. »

Voilà ce que je disais, et il semblerait, à lire cette phrase, que je compte plus, ou tout au moins autant, sur le secours de l'opéré que sur mon propre secours, modernisant la célèbre phrase d'Ambroise Paré : « Je le pansai, Dieu le guarit. »

Pour qu'il n'y ait pas d'ambiguïté, je tiens à rétablir encore ici l'expression entière de ma pensée. Je disais :

« Je connais, comme M. Quénu, les expériences de laboratoire qu'il a citées; mais je soutiens qu'elles ne s'appliquent pas rigoureusement à la clinique. »

« Mettez dans une salle quelconque un tube avec un bouillon de culture débouché : au bout de quelques heures, et même moins, ce tube sera contaminé et il cultivera; et cependant c'est dans cette salle que vous allez pouvoir faire les opérations les

plus sérieuses de la chirurgie, sans danger, et sans que votre malade soit contaminé. » Suit la phrase sur la phagocytose.

Permettez-moi une simple remarque.

Pour ce qui me concerne, je ne vous ai mis dans l'obligation d'entendre ma communication « *sur l'asepsie opératoire* » que parce que la communication de notre collègue Quénu se terminait par cette phrase à allure provocante : « Est-il admissible qu'un chirurgien qui a pratiqué une opération septique soit autorisé à faire aussitôt après, et même le lendemain une opération aseptique? »

Je m'en réjouis néanmoins parce qu'elle m'a permis d'entendre les communications de nos collègues Delbet, Schwartz, Walther, dont les expériences *bactériologiques* ont confirmé mes observations *cliniques* et *expérimentales*.

Si le feu de l'improvisation n'eût pas duré plusieurs jours chez notre collègue, nous n'aurions peut-être pas entendu ces communications et s'il s'était borné à nous dire, comme dans la dernière séance : « Est il possible de stériliser, *d'une façon constante*, en quelques minutes, des mains infectées », je me serais borné, moi aussi, à admirer et à tâcher d'atteindre une *constance* de moyens et de résultats qui devrait se traduire par la réduction à 0 du chiffre de la mortalité et aussi, j'y insiste, de la morbidité opératoire.

Permettez-moi d'apporter encore quelques faits cliniques. Je ne m'excuserai pas de n'en apporter que quelques-uns : on ne peut en apporter que de loin en loin; il ne faut, suivant un proverbe, tenter ni Dieu ni le diable. Et si je fais des opérations aseptiques après des opérations septiques, c'est le hasard seul ou la nécessité qui le veulent.

1°) Un jour, après avoir fait une lithotritie septique à 8 heures, je pratiquai à 11 heures et demie une hystérectomie abdominale totale pour fibrome compliquant la grossesse, hystérectomie précédée d'une opération césarienne faite par mon collègue de Beaujon, M. Ribemont.

L'observation et la pièce ont été présentées à la Société de gynécologie et de pédiatrie : la mère et l'enfant se portent bien.

2°) J'ai à pratiquer une hystérectomie abdominale totale pour fibrome.

Avant tout préparatif, mon interne Deschamps m'avertit que la veille, il a pratiqué avec notre jeune collègue des hôpitaux, Auvray, une laparotomie pour péritonite suppurée ; il avait pris une part active à l'opération puisqu'il ouvrait le ventre d'un côté pendant que notre collègue l'ouvrait de l'autre. La

malade est morte, ce qui prouvait la virulence de sa péritonite.

Sûr du soin avec lequel mon interne se désinfecte, j'accepte son concours : la malade a guéri sans incident.

3° Un jeune accoucheur m'a dit avoir été mis dans la nécessité de faire une version, immédiatement après une autopsie.

Il me faisait observer combien favorable aux cultures est la cavité utérine d'une femme qui vient d'accoucher. Cette parturiente a guéri sans aucun incident.

Je me borne à terminer par ces remarques : 1° une grande quantité d'opérations septiques peuvent être faites sans qu'on se contamine les mains.

2° Tous ou presque tous les pansements septiques peuvent être faits sans contamination.

3° Dans les opérations septiques, la durée du contact des substances virulentes peut être assez minime pour être négligée.

Note sur le cathétérisme urétéral et sur l'intervention précoce dans la tuberculose rénale.

M. Bazy. — M. Albarran nous a présenté à la dernière séance une observation de tuberculose rénale au début, *qu'il eût été impossible de diagnostiquer*, nous dit-il, sans le secours du cathétérisme urétéral, et qu'il a traitée par la néphrectomie.

Cette observation soulève deux questions :

1° la question de l'intervention précoce;

2° la question du diagnostic.

Sur la première question, je me borne à rappeler les propositions qui sont acceptées par la grande majorité des chirurgiens, d'après lesquelles le diagnostic seul de tuberculose ne suffit pas à constituer une indication.

L'existence d'une lésion tuberculeuse n'est pas suffisante pour légitimer une opération; il faut d'autres indications : accidents infectieux, douleur, etc.

Pense-t-on qu'une lésion tuberculeuse limitée à une petite portion d'une épiphyse, qui ne serait constatable que par la radiographie, qui ne donnerait lieu à aucun symptôme ou qu'à un symptôme insignifiant, comme le gonflement par exemple, serait justiciable d'une amputation ou même d'une résection?

Or, dans l'espèce, la néphrectomie a été faite chez un jeune homme chez lequel le seul symptôme était le trouble de l'urine, qui n'avait ni douleurs, ni fréquence de mictions, ni altération de

la santé générale. Et en fait, son rein était sain, sauf une petite cavernule de la grosseur d'un petit pois que seules des coupes successives ont permis de découvrir.

Voyons maintenant pour le diagnostic. Voici ce que je note à ce sujet.

Dans l'examen bactériologique de l'urine extraite de l'uretère cathétérisé, je lis : « Deux amas rouges constitués *probablement* par des bacilles de Koch; j'ajoute ce qui diminue les probabilités, le Ziehl ne colore pas exclusivement le bacille de Koch. »

Donc le diagnostic par le cathétérisme urétéral n'est pas plus sûr que le diagnostic clinique, qui était tuberculose probable, et que le diagnostic cystoscopique, qui était lésion de l'orifice de l'uretère gauche.

C'est cependant sur cette probabilité, qu'une inoculation à un cobaye eût pu changer en certitude ou infirmer, que la néphrectomie a été faite.

Cliniquement, le diagnostic était-il plus certain?

Non; car si je calcule bien, le malade, qui a rendu en une heure par le rein enlevé 75 grammes d'urine et 12 gr. 81 d'urée par litre, aurait rendu en vingt-quatre heures 1800 grammes d'urine et 23 grammes d'urée.

Tandis que l'autre rein, celui qui a été laissé en place, ne rendait dans le même temps que 1000 grammes d'urine, 17 gr. 30 d'urée environ.

C'est donc le rein qui éliminait le plus qui a été enlevé.

Faire de la polyurie unilatérale un signe de tuberculose serait peut-être excessif.

Nous connaissons depuis *très longtemps* la polyurie des tuberculeux urinaires liée à de la cystite ou de la pyélite.

Ici cette polyurie me paraît plutôt due à l'excitation réflexe produite par la présence d'un cathéter dans l'uretère. Pour pouvoir affirmer que cette polyurie était due à la tuberculose, il aurait fallu noter cette polyurie avant l'opération du cathétérisme.

Rapport.

Anévrisme diffus traumatique de la tibiale postérieure, par M. VÉRON.

Rapport de M. CHAPUT.

Conformément à l'usage, je vais d'abord résumer rapidement le travail de M. Véron; j'examinerai ensuite les points qui

méritent d'être mis en relief, ou qui prêtent à la discussion.

Un ouvrier d'administration militaire était agenouillé, lorsque son ciseau de menuisier, tombant d'une hauteur de $1^{m}50$, le blessa à la région postérieure du mollet droit. Douleur légère, hémorragie faible. Le malade fait quelques pas, puis tombe en syncope. Au bout de quelques minutes, il revient à lui; l'écoulement sanguin est arrêté, mais bientôt le blessé éprouve de violentes douleurs dans le mollet, avec élancements, engourdissements et battements.

Il entre à l'infirmerie, où l'on croit d'abord à une plaie sans gravité; mais comme les douleurs persistent, comme la jambe augmente de volume, comme la marche est impossible, on l'évacue sur l'hôpital du Dey. Là, M. Véron constate que la plaie est située à la partie postérieure et supérieure de la jambe droite, et à quatre travers de doigt du creux poplité; sa longueur est de 1 centimètre, sa direction est oblique en bas et en dehors.

Le mollet, très augmenté de volume, mesure 3 centimètres de circonférence de plus que le mollet sain; il est en outre dur, tendu, douloureux, mais sans battements ni expansion; les douleurs sont violentes et généralisées à tout le membre.

Il existe des fourmillements, de l'engourdissement, de l'œdème du pied. La marche et la station debout sont impossibles. On constate une légère teinte ecchymotique, étendue du creux poplité au tendon d'Achille.

Apyrexie, bon état général, pâleur de la face et des muqueuses.

M. Véron porte le diagnostic d'anévrisme diffus et opère immédiatement. Anesthésie à la cocaïne, compression de la fémorale et incision sur le trajet de la tibiale postérieure.

Après avoir écarté le jumeau interne, il rencontre un gros foyer de caillots, entre ce muscle et le soléaire; nettoyage du foyer; il aperçoit alors une plaie hachée, contuse, avec effilochement du soléaire, que l'index traverse, pour rencontrer plus profondément un second foyer sanguin énorme situé entre le soléaire et les muscles de la couche profonde.

Le chirurgien incise le soléaire verticalement, ouvre le foyer profond, le vide, et aperçoit alors les vaisseaux tibiaux postérieurs coupés, avec des bords de section mâchés et recroquevillés.

Ces vaisseaux ne laissent pas écouler de sang; M. Véron croit néanmoins de son devoir de lier le bout supérieur de la tibiale à la soie, et de tordre les bouts veineux.

La plaie est bourrée et laissée béante en grande partie; elle se comble en deux mois par bourgeonnement.

Le malade a depuis repris son service militaire et n'éprouve qu'un peu de fatigue locale après les longues marches.

Tels sont les points les plus saillants de l'observation de M. Véron.

J'ai d'abord le devoir de le féliciter de son diagnostic, de sa décision opératoire, de son habileté chirurgicale, et du beau succès qu'il a obtenu.

Revenons cependant sur quelques points particulièrement intéressants.

La plaie de la tibiale et l'anévrisme diffus ont été méconnus pendant plusieurs jours; cette erreur est grave, car elle peut coûter au malade son membre et même sa vie ; ajoutons qu'elle est très fréquente, car la plupart des médecins sont très rassurés quand ils ont affaire à une plaie petite et ne saignant guère ; ils pensent *a priori* que la plaie n'est pas profonde et s'endorment dans une sécurité trompeuse.

Dans l'observation de M. Véron, il était cependant facile d'arriver au diagnostic dès le premier jour, en rapprochant les uns des autres quelques détails typiques, tels que la syncope du début qui ne peut guère s'expliquer que par une hémorragie interne relativement abondante. Le siège de la plaie sur le trajet d'un gros vaisseau eût attiré l'attention d'un chirurgien exercé, d'autant plus que le poids du ciseau et la hauteur de sa chute permettaient de conclure à une plaie très profonde. Enfin, le gonflement et la dureté du mollet, de même que les battements perçus par le malade et sans doute perceptibles pour le chirurgien devaient lever tous les doutes.

Lorsque M. Véron voit le malade au cinquième jour, il ne se laisse pas tromper par la bénignité apparente de la blessure ; il porte immédiatement le diagnostic d'anévrisme diffus et opère aussitôt, et pour tout ceci il ne mérite que des éloges.

Nous arrivons à l'intervention. L'emploi de la cocaïne était délicat ; il était à craindre, en effet, qu'un mouvement inconsidéré du malade ne vînt troubler l'opérateur au moment d'une manœuvre délicate, ou dans un moment critique ; M. Véron justifie son choix en invoquant la pâleur du malade et les menaces de syncope.

Je crois qu'avec une injection préalable de sérum, on eût remonté suffisamment le malade, surtout si on avait employé pour l'anesthésie générale l'éther, qui excite et soutient l'énergie du cœur.

Quoi qu'il en soit, M. Véron a mené à bien son opération malgré la cocaïne ; nous n'avons donc rien de plus à lui demander.

Un autre point très intéressant est l'existence d'une double poche anévrismale, avec un canal intermédiaire dans l'épaisseur

du soléaire. Cette disposition est particulièrement rare ; avec des recherches moins minutieuses, elle aurait pu conduire à méconnaître la poche profonde et la plaie artérielle. Notre collègue Delbet, dont l'expérience en chirurgie artérielle est si étendue, nous dira, sans doute, s'il a rencontré fréquemment cette disposition que je crois exceptionnelle.

M. Véron, après avoir incisé le soléaire et évacué les caillots, trouve les vaisseaux tibiaux postérieurs sectionnés en travers ; il note que les bords de section de ces vaisseaux sont mâchés et recroquevillés, et il attribue cette particularité à la nature de l'agent traumatique, qui aurait agi, dit-il, par contusion et par arrachement. Ce mécanisme ne me semble par très bien établi ; il est très possible que la section des vaisseaux ait été nette au début, et qu'au bout de quelques jours le travail de réparation ait tuméfié les tissus et modifié notablement l'aspect primitif des lésions.

L'opérateur constate que l'hémostase des vaisseaux est faite, mais il sait que cette hémostase est incertaine et de peu de durée ; aussi n'hésite-t-il pas à lier le bout supérieur de l'artère à la soie.

J'aurais été un peu plus radical, car j'aurais lié aussi le bout inférieur. Au lieu de soie, j'aurais employé le catgut.

Un grand nombre de chirurgiens préfèrent actuellement le catgut à la soie, et à juste titre, car la soie favorise les infections par ses anfractuosités, qui sont autant d'espaces morts où les germes se développent en espace clos; en outre, la soie infectée devient l'origine de fistules rebelles qui ne guérissent qu'avec l'élimination de la ligature.

Le tamponnement de la plaie était un acte de prudence peut-être excessive, car dans les opérations en tissus sains conduites conformément aux rites antiseptiques, il est de règle de fermer la plaie sans drainage; quoi qu'il en soit, c'est là un détail de mince importance, et qui disparaît devant le succès chirurgical et l'importance du service rendu.

M. Véron est très connu de la plupart d'entre vous qui le tiennent pour un chirurgien instruit et habile ; l'observation que je viens de relater éclairera sur sa valeur ceux d'entre nous qui ne le connaissaient pas, et le recommandera à vos suffrages pour nos prochaines élections.

Communications.

M. Chapot-Prévost, professeur d'histologie à la Faculté de Rio-de-Janeiro, fait une communication sur un *nouveau procédé rapide d'hémostase du foie.* — M. Walther, rapporteur.

A propos du traitement des fistules vésico-vaginales (1),

par M. J. BRAQUEHAYE (de Tunis), membre correspondant de la Société.

Je tiens tout d'abord à remercier M. Richelot qui a bien voulu employer le procédé que j'ai décrit au dernier Congrès français de chirurgie pour l'occlusion des fistules vésico-vaginales et je constate avec plaisir qu'il lui a donné de bons résultats.

Les cas dans lesquels j'ai eu moi-même à l'appliquer n'étaient pas aussi simples que semble le croire M. Ricard. Dans l'un, la fistule, consécutive à une hystérectomie abdominale, était haut située et admettait la pulpe du pouce. Dans l'autre, il s'agissait d'un colpocleisis que je dus faire à une femme arabe à laquelle une sage-femme indigène avait arraché l'utérus pendant un accouchement. Il y avait une très large brèche ; le vagin et la vessie ne formaient plus qu'un vaste cloaque.

Dans les deux cas, le résultat fut très bon.

Pour les cas de fistules juxta-cervicales, pour lesquels M. Ricard repousse la méthode que j'ai décrite, je crois qu'elle peut être utilisée, grâce à la modification suivante.

1er *temps.* — Je fais un avivement triangulaire du vagin, dépassant de 3 à 4 millimètres les bords de la fistule. Le sommet du triangle est dirigé vers le méat urinaire, tandis que la base vient aboutir au voisinage de la ligne d'insertion du vagin sur le col de l'utérus.

2e *temps.* — Sur le col, je trace un second lambeau triangulaire, opposé au premier par sa base. Ce triangle est plus petit que celui qui a été avivé sur la paroi vaginale. Son aire mesure un peu plus de la superficie de la fistule elle-même. Ce petit lambeau est disséqué de sa pointe vers sa base et laissé adhérent assez largement par sa base, autour de laquelle on le fait basculer. La surface épithéliale du lambeau se trouve ainsi portée vers la cavité vésicale et sa face cruentée regarde la cavité vaginale.

(1) Cette communication a été lue par M. le secrétaire général.

3e *temps*. — Je suture ce petit lambeau ainsi retourné par sa surface cruentée aux bords de la fistule, ou plutôt à la partie vaginale avivée voisine du bord, en veillant à ce qu'aucun point ne pénètre dans la cavité vésicale. On se servira pour cette suture d'un surjet de catgut très fin.

Toute cette première partie fait un premier plan d'occlusion. C'est une occlusion *par dédoublement*.

4e *temps*. — Je suture au crin la surface du col utérin avivée par la dissection du petit lambeau retourné sur la fistule, ce qui facilite le temps suivant.

5e *temps*. — Je suture au crin fin la partie vaginale avivée qui reste en dehors du petit lambeau retourné. J'enfonce mon aiguille dans la muqueuse vaginale en dehors de la ligne d'avivement, je passe en plein tissu dans la partie avivée et je sors au voisinage du surjet au catgut qui fixe le lambeau du col retourné aux bords de la fistule. J'enfonce de nouveau l'aiguille dans la partie cruentée de ce petit lambeau, afin qu'il n'y ait pas d'espace mort, je passe de nouveau en plein tissu dans la partie avivée du côté opposé et mon aiguille ressort sur la muqueuse vaginale, à égale distance de la ligne d'avivement que du côté opposé.

Tous les fils sont passés de la sorte, à distance suffisante les uns des autres.

Ils sont alors serrés et très exactement affrontés.

C'est la seconde partie de l'opération, celle qui correspond aux *procédés dits américains ou par avivement*.

On obtient ainsi deux plans de tissus, affrontés par leur partie cruentée et dont les lignes de suture ne se correspondent pas.

Cette modification au procédé que j'ai décrit ne lui enlève, dans le cas présent, aucun de ses avantages :

Les sutures portent sur des parties absolument saines.

Il y a un double plan de tissus, et, si un des points superficiels ou profonds venait à manquer, le point correspondant de l'autre plan assurerait l'occlusion.

Le lambeau retourné est largement flottant, et, comme il est suturé non par son bord, mais par la partie cruentée voisine de ce bord, la pression de l'urine dans la vessie tendra mécaniquement à rapprocher les tissus et à fermer la ligne des sutures.

La surface cruentée que réunira le cinquième temps est plus large que par n'importe quel autre procédé, ce qui augmente les chances de réussite.

En cas d'insuccès, le seul point faible, par où pourrait persister une fistulette, serait la partie inférieure. C'est là, en effet, que les deux plans sont le plus voisins l'un de l'autre. Or, même dans ce cas, on aurait une fistule plus basse, c'est-à-dire vaginale

et non plus juxta-cervicale. Son occlusion serait bien plus facile.

Je n'ai jamais employé ce procédé pour la fistule vésico-vaginale haut située. Mais j'ai dû y recourir récemment pour une fistule recto-vaginale du cul-de-sac, à la suite d'une brûlure de l'utérus par l'eau bouillante. Malheureusement il y avait une fistule entéro-utérine, pour laquelle je pense opérer de nouveau la malade. Le procédé me semble applicable aux deux cas, que la fistule soit rectale ou vésicale.

Même sur un col atrophié, on peut encore trouver un lambeau suffisant.

En terminant, je ferai observer que le procédé que j'ai décrit au dernier Congrès de chirurgie, comme d'ailleurs la variante que je signale aujourd'hui, ne sont pas plus des procédés par dédoublement, comme le veut M. Richelot, que des procédés par avivement, comme le dit M. Ricard. Mais ils appartiennent aux deux méthodes. Dans la première partie, je dédouble la collerette ou le lambeau pris sur le col utérin; dans la seconde, je suture par-dessus la partie largement avivée, comme dans le procédé américain. C'est donc une méthode éclectique.

Présentation de malades.

Plaie de l'intestin par coup de pied de cheval. Laparotomie.

M. Bazy. — J'ai l'honneur de vous présenter un malade qui a reçu un coup de pied de cheval à toute volée, et qui, à la suite, avait eu une plaie de l'intestin grêle.

Je l'ai traité par la laparotomie immédiate.

C..., palefrenier, vingt-cinq ans. Entre le 2 octobre courant, salle Gosselin, n° 2.

A 7 h. 1/2 du matin, après un repas léger, le malade a reçu un coup de pied de cheval à la volée. Le coup, dit-il, a porté un peu obliquement de dehors en dedans, sur le côté gauche de l'abdomen, au niveau de la fosse iliaque gauche. Immédiatement après ce choc, il n'a point ressenti de douleur, et a pu aller se coucher dans l'écurie après avoir travaillé encore pendant un quart d'heure. Mais, peu à peu, les douleurs apparurent à l'endroit contus et ne diffusèrent pas. Ces douleurs spontanées apparaissent par crises violentes de dix minutes environ. Le malade ne peut guère analyser ces douleurs, qui ressemblaient, dit-il, à des élancements.

En dehors de ces crises, pas de douleurs.

Le malade est arrivé à l'hôpital trois quarts d'heure environ après l'accident. La palpation profonde est douloureuse. La douleur diminue

lorsque l'on remonte vers l'épigastre, sans cependant s'éteindre complètement. Pas de région tuméfiée ni empâtée. Pas de vomissements ni de nausées. Le visage du malade est un peu contracté et grippé. Pouls : 64. Le malade est fatigué et répond à peine aux questions qu'on lui fait. Depuis le coup, pas de selles ni de gaz; il n'a pas pissé de sang, et du reste n'a pas uriné.

A la percussion, pas de matité, ni de sonorité dans la région contusionnée.

A 11 heures, au moment où je vois le malade les douleurs étaient devenues continues, excessivement violentes; il se tortillait dans son lit. L'abdomen est dur comme du bois; facies pâle et fortement grippé. Pas de refroidissement des extrémités, pouls à 68, respiration régulière.

A 11 h. et demie, opération, laparotomie.

Laparotomie pour contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval. — Incision latérale gauche le long du bord externe du grand droit, au niveau de la région frappée; on arrive sur l'épiploon contusionné, ecchymotique; au-dessous, les anses grêles sont rouges, gluantes, vascularisées, nageant dans un liquide gélatineux; çà et là quelques débris ressemblant à du pus concret; puis tout à coup on découvre un flot de liquide verdâtre, bilieux, gluant et on arrive sur une anse grêle présentant une perforation de la largeur d'une pièce de cinquante centimes; suture en bourse à la soie en points de Lembert; toilette de la région avec des éponges montées qui ramènent une grande quantité de liquide gluant.

Drain.

Suture de la paroi en trois plans.

Pansement collodioné ; glace sur l'abdomen.

Le soir, temp. 38°4.

Le lendemain, 3 octobre, le malade est bien, facies bon, température 37°5, le matin; le soir, 37°8. Dès le lendemain, la température oscille autour de 37 degrés.

Le 4 octobre, malade très affaissé, facies grippé. Il a l'air d'avoir énormément maigri. Il est comme hébété et répond difficilement aux questions. Pouls à 68; respiration normale, régulière. Pas de refroidissement des extrémités; temp. 37°4.

En faisant le pansement, on ne trouve pas de pus; caillot séro-fibrineux dans la lumière du drain. Les cultures aérobies du liquide péritonéal sont restées négatives. Il n'a pas été fait de culture anaérobie.

Le seizième jour, on enlève le drain.

Je note chez ce malade la rapidité, la netteté et l'intensité des lésions de péritonite, l'absence de rapidité du pouls et d'anxiété respiratoire, ce qui constitue de bons signes pronostiques, la bénignité de l'intervention, l'absence de culture dans les tubes ensemencés avec le liquide péritonéal.

M. Delorme. — Si notre collègue, M. Bazy, maintenait son affirmation, à savoir qu'un coup de pied de cheval *donnée à la volée* entraîne fatalement une rupture intestinale, je ferais quelques

réserves, car s'il en était ainsi qu'il l'avance, tous les traumatisés de l'abdomen ainsi frappés auraient succombé rapidement, à moins d'avoir subi une laparotomie suivie d'une suture intestinale oblitérante, et c'est ce que l'observation n'a pas montré.

M. TERRIER. — Jamais on ne pourra établir une équation fatale entre un coup de pied de cheval sur l'abdomen et une déchirure de l'intestin. Je pense cependant, comme M. Bazy, que tout individu qui reçoit un coup de pied de cheval et qui présente de la rigidité de la paroi, doit avoir le ventre ouvert et qu'une lésion intestinale est possible.

M. NIMIER. — J'ai soigné une vingtaine de blessés dans ces conditions et, sur ces vingt, je n'en ai opéré que deux, l'un qui avait une rupture de la rate, l'autre du foie; les dix-huit autres ont guéri sans opération.

Kystes hydatiques du foie. Traitement par l'évacuation et la suture sans capitonnage.

M. GUINARD. — Il s'agit d'un cantonnier, âgé de quarante-huit ans, entré le 24 septembre dernier au n° 9 de la salle Nélaton, dans mon service de Bicêtre.

Le diagnostic de kyste hydatique du foie était évident : la tumeur fluctuante bombait au-dessous des fausses côtes droites. Ce qui me paraît intéressant ici, c'est que ce malade n'aurait certainement pas survécu à l'opération ancienne, suivie d'une fistule interminable.

L'état général était mauvais : il y avait de la bronchite chronique avec emphysème; tous les soirs, la température montait à 38 degrés ou 38°5; la veille de l'opération, le thermomètre atteignit même 39°4. Il semble pourtant, malgré l'amaigrissement, qu'il n'y a pas de tuberculose.

L'opération était indiquée surtout par la douleur et la gêne respiratoire. Elle eut lieu le 1er octobre 1900.

Je fais l'incision sur la saillie très apparente au-dessous des fausses côtes droites; ponction et issue de 500 grammes de liquide clair; incision du kyste, extirpation de la vésicule en totalité; pas de vésicules filles.

Il semble que le fond du kyste bombe; une ponction ramène 600 grammes de liquide clair; en incisant la paroi de séparation

des deux parties, grosse hémorragie veineuse, sang noir, qui bouillonne; extirpation de la seconde vésicule.

Pas de lavage, pas de grattage; les poches sont asséchées; la poche profonde est fermée par un surjet au catgut, ainsi que la poche antérieure, et je termine l'opération en suturant la paroi abdominale sans fixer en rien le kyste à la paroi. Il y a eu les jours suivants un peu de rougeur autour des crins cutanés, mais la guérison est, en somme, parfaite. Huit jours après, il y avait de la matité, due sans doute à un épanchement sanguin dans les poches ou dans une des poches, mais cette matité a rapidement disparu.

En somme, le résultat montre que le capitonnage à la Delbet peut être négligé sans inconvénient, quand il présente des difficultés d'exécution. Dans ce cas particulier, il eût été laborieux d'aller capitonner la seconde poche, qui ne communiquait avec la première que par un orifice de 2 ou 3 centimètres. Comme je me décidais, à cause de ces difficultés, à ne pas capitonner la poche profonde, j'ai jugé inutile de capitonner la poche antérieure et, en somme, le résultat est excellent. Je me demande donc si, à l'avenir, la suture sans capitonnage ne deviendra pas l'opération de choix.

M. Ricard. — Le comble du capitonnage est de ne plus en faire du tout, et on en est arrivé à la simple fermeture du coup de bistouri; je pense même que celle-ci est inutile. J'ai opéré une femme porteur d'un kyste hydatique : le kyste ouvert et vidé, j'ai rentré tout dans le ventre sans suturer, et refermé la paroi. Au huitième jour, la malade était guérie.

Je ne vois donc pas l'utilité du capitonnage, puisqu'il est admis que la cavité est aseptique, qu'elle ne sécrète rien. La fermeture de l'incision est donc inutile.

M. Rochard. — Je suis de l'avis de M. Guinard sur l'inutilité du capitonnage dans les kystes hydatiques. Dans un cas je n'ai pu mettre que deux anses de catgut tout à fait insuffisantes pour rapprocher les parois; je n'ai donc fait que réséquer une partie de la poche, mettre un surjet sur l'orifice et ma malade a parfaitement guéri.

Je crois qu'il est préférable de fermer l'orifice pour éviter l'épanchement dans la grande séreuse du suintement bilieux ou hémorragique qui peut se faire par la paroi du kyste.

M. Guinard. — C'est ce qui s'est produit chez mon malade; il s'est fait une hémorragie qui s'est traduite par une matité au

niveau de la poche kystique. Certainement, cet épanchement sanguin s'est résorbé, mais je me demande ce qu'il fût advenu si tout ce sang s'était écoulé dans le ventre, par suite de l'absence de suture de l'incision.

D'ailleurs, il ne s'agit pas seulement d'hémorragie, il peut y avoir une exsudation de bile, qui reste intra-kystique, si on a pris la précaution de fermer l'orifice.

M. Routier. — Si, dans sa première façon de procéder, M. Delbet a préconisé le capitonnage, il l'a abandonné depuis et l'a dit ici en décrivant son procédé dernière manière.

La suture de l'orifice me semble bonne, ne s'adresserait-elle que comme hémostatique à la portion du foie que l'on est souvent obligé de traverser pour atteindre le kyste.

J'ai opéré aussi des kystes hydatiques multiples, et je me garde d'en ouvrir les poches au bistouri pour éviter les hémorragies.

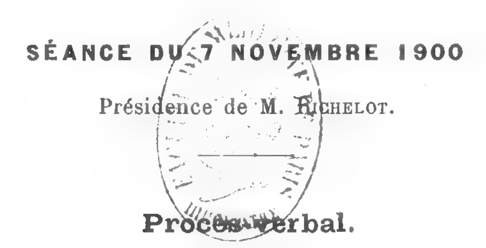
Le Secrétaire annuel,

Ad. Jalaguier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 7 NOVEMBRE 1900

Présidence de M. RICHELOT.



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

A propos du procès-verbal.

M. BAZY. — Une erreur d'impression s'est glissée dans le compte rendu des paroles que j'ai prononcées à la dernière séance : A la page 984, 17e ligne, il faut lire : *chimiquement*, au lieu de : *cliniquement*.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. A. BROCA qui, retenu par ses fonctions à la Faculté, demande un congé d'un an.

3° Un travail de M. PLUYETTE (de Marseille), sur la *Tuberculose mammaire*. Ce travail est renvoyé à une commission. — Rapporteur : M. BROCA.

Rapport.

Plaie pénétrante du crâne par coup de revolver. Trépanation ; extirpation d'une balle logée dans le cerveau ; guérison, par M. MORESTIN.

Rapport de M. C. WALTHER.

L'observation que M. Morestin nous a présentée a trait à un homme de trente-huit ans, qui, désespéré de se savoir tuberculeux, se tira dans la tête trois coups de revolver, le 3 septembre 1898. Une heure après cette tentative de suicide, il était apporté à l'hôpital Necker.

M. Morestin vit le blessé le lendemain matin et constata les lésions suivantes : « Dans la région temporale droite, on voit trois petites plaies à bords irréguliers, mâchés et tatoués par les grains de poudre incrustés dans la peau. De ces trois plaies, l'une siège tout à fait à la limite supérieure de la région. Une autre est située un peu plus bas et en avant. La troisième se trouve à un travers de doigt au-dessus de l'arcade zygomatique et à peu près à égale distance de l'apophyse orbitaire externe.

« Un peu au-devant, à un centimètre environ du second de ces orifices, il est facile de sentir une masse dure, à peu près arrondie, enchâssée dans le crâne et qui ne peut être que la balle correspondante. Un stylet introduit dans la plaie supérieure conduit immédiatement sur la balle, aplatie à la surface du crâne. Pour la troisième, un stylet, introduit avec prudence, s'enfonce à une profondeur de 2 centimètres et se dirige en dedans et un peu en avant, sans rien révéler de bien net. L'interne qui a donné les premiers soins au blessé affirme avoir vu couler par cette plaie du liquide céphalo-rachidien ; mais au moment de mon examen, rien ne sort plus par cet orifice. La région de la tempe est peu modifiée ; à peine un léger gonflement autour des points blessés. Par contre, la paupière supérieure droite est infiltrée par le sang, violette, et tellement tuméfiée qu'il est très difficile de la relever pour observer l'état de l'œil. Etant données la direction qu'avait prise le stylet et cette infiltration palpébrale survenue quelques heures après l'accident, on pouvait supposer au premier abord que la balle avait pénétré dans l'orbite. Cette première impression ne fut pas confirmée quand, la paupière soulevée à grand'-peine, je pus apercevoir le globe oculaire. La vision était parfaitement conservée, et l'œil, intact, exécutait sans difficulté tous ses mouvements ; seule, la conjonctive bulbaire était, dans sa partie supérieure, soulevée par une légère infiltration sanguine, manifestement consécutive à celle de la paupière. »

Dans ces conditions M. Morestin, jugeant que, malgré l'absence de tout signe de lésion cérébrale, une balle avait bien pu perforer la mince lame osseuse de la fosse temporale, résolut d'aller à la recherche des projectiles en suivant pas à pas les lésions. Il pratiqua une incision en crosse, commençant sur le front, à 1 centimètre au-dessous de la ligne des cheveux, s'arrondissant en suivant la ligne courbe temporale et descendant enfin verticalement au-devant de l'oreille jusqu'à l'arcade zygomatique. Le lambeau ainsi dessiné est rapidement disséqué, comprenant toute l'épaisseur des parties molles. La première balle est immédiatement trouvée aplatie sur le crâne, juste au-dessus de la ligne courbe temporale. La seconde a brisé la portion du frontal

qui fait partie de la fosse temporale, mais elle est restée enchâssée dans l'os. Elle est enlevée, et les esquilles sous-jacentes, infléchies sur la dure-mère, sont aussi extraites après application d'une couronne de trépan; la dure-mère, mise à nu, est intacte, mais tendue et violacée. M. Morestin poursuit alors la destruction de l'écaille temporale jusqu'à rejoindre la perforation faite par la troisième balle; chemin faisant, une grosse branche de la méningée moyenne incluse dans un canal complètement osseux est blessée par la pince-gouge; l'hémorragie est arrêtée par ligature des deux bouts de l'artère, après agrandissement de la brèche osseuse.

Il est alors facile de constater que la dure-mère est déchirée tout près de la base du crâne. « J'ouvre alors cette membrane, nous dit M. Morestin, par une incision curviligne, formant un véritable lambeau à pédicule inférieur. Là où la dure-mère présentait une teinte violette, en regard de la plaie produite par la deuxième balle, existe un petit foyer de contusion du cerveau; j'en extrais du sang, de la bouillie cérébrale. Puis je me mets à la recherche du troisième projectile. En regard de la perforation faite à la dure-mère par ce projectile, je cherche prudemment vers la base du cerveau : le doigt rencontre un nouveau foyer de contusion cérébrale; c'est la partie antérieure du lobe sphénoïdal qui a ainsi été mise en bouillie; au fond de ce foyer, je sens, après un instant d'exploration, quelque chose de dur qui ne peut être que la balle; il est alors facile de la saisir avec une pince de Kocher et de l'extraire. » Deux mèches de gaze assurant le drainage des deux foyers, la dure-mère suturée, le lambeau péricranien fut à son tour suturé.

La guérison se fit sans incident et M. Morestin a pu vous présenter le malade complètement guéri, un mois après l'opération.

Je vous ai rapporté longuement cette intéressante observation et je n'ai rien à y ajouter. M. Morestin a, je crois, sagement agi en ne se fiant pas à l'absence de signes de lésion cérébrale et en suivant pas à pas les lésions dans son intervention; il a pu heureusement trouver à peu de profondeur le projectile pénétrant, l'extraire et guérir son malade en le mettant de plus à l'abri des accidents consécutifs au séjour prolongé de corps étrangers dans le cerveau.

Je vous propose d'adresser nos remerciements à M. Morestin pour cette intéressante communication et de déposer l'observation dans nos archives.

M. Reynier. — L'observation de M. Morestin, comme le fait remarquer M. Walther, est très intéressante. Mais je tiens à faire

observer que M. Morestin a été très heureux de pouvoir extraire ainsi cette balle. Il ne s'était pas en effet entouré de toutes les garanties nécessaires pour la réussite de son opération. A l'heure actuelle, nous avons la radiographie, et l'appareil si remarquable de M. Contremoulin, qui nous permettent d'aller avec le minimum de dégâts, et à coup sûr, à la recherche du projectile. On ne doit pas s'en passer, car on risquerait fort de chercher à l'aventure ce projectile, qui peut être quelquefois très loin du point d'entrée, et sur la présence duquel on n'a quelquefois aucun symptôme moteur pour vous fixer. Je ne veux en donner qu'un exemple, qui montre également les difficultés dans certains cas d'extraction de ces balles, même quand on les sent, à cause de la mollesse du tissu cérébral, qui ne donne point d'appui suffisant pour les prendre.

Il y a près d'un an, un jeune homme de dix-huit ans était entré dans mon service. Il s'était tiré un coup de revolver dans la tempe gauche. Je priai M. Contremoulin de repérer la position de cette balle avec son appareil. Or, la balle, entrée par la tempe gauche, se trouvait dans l'hémisphère droit. A cause des douleurs que présentait le malade, je crus devoir chercher à extraire cette balle. Me laissant guider par la tige indicatrice de l'appareil de M. Contremoulin, je fis une trépanation à 3 centimètres environ au-dessus de l'oreille à droite, et, après incision de la dure-mère, ayant enfoncé la tige indicatrice dans le cerveau, à 3 centimètres environ de la surface, je sentis très nettement la balle. En me guidant sur la tige restée en place, j'enfonçai une pince à forcipressure dans la substance cérébrale. Avec celle-ci je sentis très nettement encore la balle. Mais quand je voulus la saisir, en écartant les mors de la pince, j'eus la sensation que je la repoussais et qu'elle s'enfonçait. Je fis ainsi plusieurs tentatives inutiles, et, à un moment, je ne retrouvai plus la balle, et eus la pensée que je l'avais probablement repoussée dans le ventricule latéral. Je dus alors arrêter mes tentatives d'extraction.

Le malade guérit très bien, sans présenter aucun trouble à la suite de cette intervention. Mais je l'ai revu quatre mois après. Les parents me le ramenaient parce qu'il avait eu une attaque d'épilepsie. Je lui proposai de le reprendre dans mon service et de lui faire faire de nouveau, avec la radiographie, le repérage de sa balle, espérant que celle-ci, s'étant peut-être déplacée serait peut-être plus accessible. Les parents ne se sont pas encore décidés, et doivent me le ramener si les crises deviennent trop fréquentes.

M. Delens. — Je crois qu'il faut toujours avoir recours à la

radiographie. J'ai eu l'occasion, il y a dix-huit mois, de recevoir, à Lariboisière, un jeune homme qui avait reçu une balle de revolver. D'après la direction que suivait le stylet on pouvait penser que la balle était logée en haut et en dedans, dans le sinus frontal ou à la partie supérieure des fosses nasales. Il y avait peu d'accidents primitifs; au bout de quelques jours il présenta une légère stupeur. On fit la radiographie. La balle était logée à la partie postérieure du lobe occipital. M. Peyrot voulut bien se charger de l'opération et, grâce aux indications de la radiographie, il put arriver sur le projectile et l'enlever; l'intervention fut très simple. J'ai revu le malade plus tard; il ne m'a pas paru avoir de troubles persistants; son intelligence, peu développée, du reste, n'avait pas diminué. Il portait des traces de paralysie infantile qui rendaient difficile la constatation de l'état de ses muscles.

M. Monod. — Si j'ai bien compris M. Walther, M. Morestin aurait recherché la balle sans être guidé par aucun symptôme. Je ne saurais accepter cette pratique qui me paraît dangereuse. En cas de plaie du crâne par arme à feu, de deux choses l'une : ou bien les symptômes cérébraux sont d'une gravité telle que toute intervention est contre-indiquée; ou bien, il n'y a pas d'accidents, et, dans ce cas encore, il vaut mieux ne pas opérer. Nombre de blessés en effet conservent le projectile sans le moindre inconvénient. J'observe depuis plus de dix ans un malade qui a reçu une balle dans l'orbite; il a présenté de l'aphasie, de l'agraphie, etc., et, à l'époque relativement ancienne à laquelle remonte l'accident, je n'ai pas songé à intervenir. Le malade n'en a pas moins très bien guéri, les troubles fonctionnels ont disparu et la guérison s'est maintenue jusqu'à aujourd'hui. Je ne nie pas cependant que, parfois, il ne faille agir; mais seulement lorsque, par une localisation nette des phénomènes, ou encore par la radiographie, on peut être fixé sur le siège du corps étranger.

Je me rallie donc, en somme, à l'opinion soutenue par MM. Reynier et Delens et, en l'absence de symptômes cérébraux, je suis d'avis qu'il faut s'en tenir aux manœuvres très simples nécessitées par la désinfection de la plaie.

M. Reclus. — En cas de plaie pénétrante du crâne, il faut débrider et désinfecter, mais il ne faut aller plus loin que si l'on est sûr du point où se trouve la balle et si elle est très rapprochée, sous peine de s'exposer à produire des lésions beaucoup plus dangereuses que celles qui résultent du projectile lui-même. Les balles de revolver s'enkystent très facilement. Je reconnais qu'il

peut y avoir des accidents d'infection à longue échéance, mais malgré cette éventualité possible, l'abstention systématique donne de meilleurs résultats que l'intervention suivie de recherches prolongées en pleine substance cérébrale. Je ne veux pas dire que si la radiographie montre la balle située en quelque sorte à fleur d'os, on ne fasse pas une bonne opération en allant la chercher; mais si la balle est recouverte par une épaisse couche de substance cérébrale, je crois que, sauf de très rares exceptions, il vaut mieux n'y pas toucher.

M. Schwartz. — Je suis du même avis que MM. Monod et Reclus.

Pour les cas immédiats, il faut attendre après avoir désinfecté la plaie. L'extraction de parti pris dans ces conditions est une pratique que je me garderai de suivre.

J'ai en ce moment, dans mon service, un blessé qui a une balle dans la région temporale antérieure. Il n'y a pas de symptômes cérébraux, et, comme le trajet a été désinfecté, je m'abstiens; le blessé est en ce moment en plein *delirium tremens*; lorsqu'il sera guéri, je ferai faire la radiographie, et, suivant les renseignements que me fournira l'examen, je m'abstiendrai ou j'interviendrai.

Lorsqu'il y a des accidents secondaires, il faut intervenir, mais seulement après radiographie.

M. Quénu. — Il y a six ou sept ans, nous n'avons été que peu nombreux à protester contre l'abstention systématique en cas de plaie du crâne par arme à feu. La conduite qui consiste à ne rien faire immédiatement après la blessure dans les plaies du crâne aussi bien que dans les plaies de l'abdomen, pour intervenir secondairement s'il y a des accidents, est mauvaise à mon avis. J'ai observé un enfant qui avait reçu une balle dans la tête et chez lequel les accidents ne se montrèrent que huit ou dix jours après; j'intervins alors; je pus extraire la balle, mais le trajet était infecté, et, malgré mon intervention, l'enfant finit par mourir au bout de cinq à six mois. Il est certain que si j'avais vu l'enfant immédiatement après la blessure, j'aurais désinfecté le trajet de la plaie, et, très probablement, ces accidents ne se fussent pas produits; les balles de revolver, en effet, deviennent septiques et nuisibles par ce seul fait qu'elles ont traversé la peau et les cheveux. La grande indication immédiate est donc de réaliser l'asepsie de la plaie et du trajet qui lui fait suite, en faisant des débridements et en trépanant. Cette conduite a un double but: si le projectile, des esquilles ou des cheveux sont à fleur de cerveau,

on les enlève, et cette ouverture large facilite l'écoulement des liquides septiques s'il s'en produit au bout de quelques jours. Je ne fais pas de recherche dans la substance cérébrale, au moins immédiatement, réservant avec la plupart de mes collègues ces tentatives pour les cas où des accidents graves viennent à se montrer.

M. Delorme. — Dans les plaies pénétrantes du crâne et du cerveau par balles (balles de revolver et autres), je ne me croirais pas autorisé à faire des tentatives de recherche et d'extraction à une certaine profondeur, sans avoir auparavant réclamé de la radioscopie ou de la radiographie des renseignements précis et précieux sur la présence et le siège du projectile.

Depuis la discussion de 1893 à laquelle j'ai pris une part que mes collègues ont bien voulu rappeler, j'ai fait quelques pas de plus dans le sens de l'intervention, et cela, sous l'influence des progrès imprimés au diagnostic par la radioscopie et la radiographie. Je n'hésiterais pas à aller à la recherche : 1° d'un projectile logé dans le cerveau à une plus grande distance de l'orifice d'entrée de la pénétration cranienne ; 2° à la recherche d'une balle qui se serait arrêtée à une faible distance de la paroi opposée du crâne, après avoir parcouru un trajet cérébral étendu.

Après vérification préalable et très précise du siège du corps étranger, j'aurais bien soin, dans le premier comme dans le second cas, de faire au crâne une brèche suffisante pour pouvoir saisir aisément le projectile avec la pince extractive, car c'est surtout quand la préhension est imparfaite, qu'elle ne porte que sur une faible étendue de sa surface et de son diamètre, qu'elle risque de s'échapper et qu'elle oblige à prolonger et à varier des manœuvres pouvant compromettre la substance cérébrale dans une certaine étendue en dehors du trajet parcouru ou contus par le projectile.

M. Lucas-Championnière. — On oppose toujours, dans la question des indications que comportent les plaies du crâne par arme à feu, l'abstention systématique aux recherches dans la profondeur du cerveau ; la question n'est pas là. Le point intéressant est de savoir si l'on doit aller au delà de la région immédiatement sous-jacente à la paroi cranienne que tout traumatisme du crâne vous fait un devoir d'aborder. Si l'on n'a pas de guide sûr, il ne faut pas, règle générale, aller profondément. On ne saurait comparer les plaies pénétrantes de l'abdomen aux plaies pénétrantes du crâne. Dans la cavité abdominale, les recherches

peuvent être poussées très loin sans inconvénients; il en est tout autrement pour l'intérieur du crâne.

Dans beaucoup de cas, la radiographie n'est pas un guide absolument sûr, et, pour ma part, j'ai la conviction que lorsque la balle est située profondément, les chances de survie sont bien plus grandes si l'on s'abstient que si l'on intervient.

M. Tuffier. — Je crois que l'observation de M. Morestin porte sur un cas d'intervention *immédiate* pour une plaie pénétrante du crâne par balle de revolver. Le fait rapporté par M. Delens a trait à une intervention *consécutive*, c'est-à-dire pratiquée plusieurs jours après la blessure. Il faut séparer nettement ces faits dont la thérapeutique est absolument différente. Un blessé nous est amené avec une balle dans le crâne; que devons-nous faire? Pour ma part, je m'en tiens à nos conclusions de 1894 : je débride la plaie, j'enlève tout ce que je trouve d'esquilles ou de corps étrangers sous le péricrâne ou dans l'orifice du crâne, et, à moins d'indications spéciales, j'introduis un drain ou une mèche dans l'orifice cranien et je m'en tiens là. J'obéis ainsi aux lois de la chirurgie générale qui commandent d'assurer un libre écoulement aux liquides, mais avec un minimum de délabrements.

On nous dit que la radiographie a pu nous rendre plus *interventionnistes immédiats*, en nous permettant de localiser le siège du projectile. Je m'élève absolument contre cette prétention. Vous savez combien je suis partisan des rayons X et combien j'apprécie leur valeur en matière de fracture ou de localisation d'un projectile intracranien. J'ai communiqué des faits de ce genre à l'Académie et je vous ferai un rapport sur cette question dans la prochaine séance. Mais il faut ignorer les manœuvres complexes nécessaires à cette localisation pour oser proposer un pareil moyen chez un homme qui vient de recevoir une balle dans la tête. Il est nécessaire, pour obtenir une épreuve radiographique valable, de fixer la tête dans un bâtis de plâtre, d'en faire deux épreuves dans un sens différent. Voyez-vous un blessé à demi comateux, ou fortement déprimé, soumis à de pareilles expériences! ce serait lui faire courir plus de chances de mort que l'extraction du projectile ne lui donnerait de chances de guérison. *Pour le moment*, nous n'avons donc rien gagné de ce côté.

En cas d'*intervention consécutive ou secondaire*, les conditions sont tout autres; c'est alors que la radiographie reprend tous ses droits; c'est alors que l'intervention radicale, l'extraction du projectile, si elle est commandée par des accidents bien nets, sont guidées par l'appareil de Contremoulin ; c'est alors aussi que nos succès sont le plus brillants. Il faut donc, à tous égards, nette-

ment séparer les interventions immédiates des interventions consécutives.

M. Reclus. — Je voudrais montrer que le rapprochement établi par M. Quénu entre les plaies du crâne et celles de l'abdomen n'est pas acceptable. Quand on fait la laparotomie pour une plaie de l'abdomen par balle de revolver, ce n'est pas du tout pour chercher la balle, mais seulement pour remédier aux accidents produits par elle. Dans le crâne, au contraire, l'intervention n'a guère d'autre but que l'extraction du projectile et des corps étrangers et, à ce point de vue, j'ai été un peu surpris que M. Delorme ne nous ait pas parlé de l'extraction des esquilles. Au fond, dans cette discussion, notre désaccord est bien plus apparent que réel; tous, en effet, nous convenons qu'il faut nous abstenir de faire des délabrements. M. Quénu cherche à réaliser l'asepsie de la plaie pariétale; il y ajoute quelquefois la trépanation, et même l'ouverture de la dure-mère, mais, moi aussi, j'ai toujours soutenu le même principe, qui est d'aseptiser la plaie. Si ce faisant on a le bonheur de rencontrer le projectile, il faut l'enlever.

M. Delorme. — Pour compléter ce que j'ai avancé tout à l'heure et pour répondre à la remarque de mon collègue M. Reclus, je dirai que j'étendrais aux grosses esquilles entraînées par le projectile et dont la radiographie m'eût révélé et la présence et le siège, mes tentatives de recherche et d'extraction prudentes.

Je m'étonne quelque peu d'entendre émettre par M. Reclus cette opinion qui, pour lui, résume notre discussion, à savoir que tous les membres de la Société sont pour ainsi dire du même avis, éloignés de l'intervention, et qu'ils ne sont séparés que par des nuances. Il semble cependant qu'il y ait des différences de pratique importantes entre des chirurgiens qui se contentent d'antiseptiser des foyers superficiels de fracture, d'enlever des esquilles ou des projectiles proches de la surface cranienne et ceux qui n'hésitent pas à recourir à des pénétrations instrumentales profondes dans les trajets intra-cérébraux contus. En tous ces cas, pour ma part, je souligne encore une fois le changement qui s'est opéré dans mon esprit et ma pratique depuis la grande discussion de 1893, et cela sous l'influence des indications si précises que la radiographie fournit aujourd'hui au diagnostic.

M. Reynier. — Je suis de l'avis de mes collègues. Dans la recherche de ces balles intracérébrales, on doit faire le moins de délabrement possible.

Or, l'appareil de M. Contremoulin et sa technique pour la recherche des projectiles dans le crâne nous permettent de réduire

au minimum ces délabrements. On n'a qu'à se laisser conduire par la tige indicatrice mobile, et se contenter de lui faire le chemin par lequel elle s'engage jusqu'au point de repérage. Or, la largeur de l'incision peut être, et doit être avec cet instrument très minime, seulement assez large pour l'extraction de la balle, et, s'il est nécessaire, le drainage ultérieur.

Ce n'est pas l'incision de la dure-mère plus ou moins large, qui gêne, et qui m'a gêné, comme le croit mon ami M. Delorme. La dure-mère incisée, on ne peut, dans le cerveau, faire une incision large comme il semblerait l'indiquer.

Tous mes collègues se seraient comme moi contentés d'enfoncer le long du stylet indicateur une pince à forcipressure fermée, de ne l'ouvrir qu'arrivée sur la balle, et de ne l'ouvrir que suffisamment pour prendre le projectile entre ses mors.

M. Quénu. — Je regrette d'avoir provoqué l'indignation de MM. Lucas-Championnière et Reclus, mais je n'ai jamais songé à faire une comparaison entre les plaies abdominales et les plaies intra-craniennes; j'ai seulement comparé deux tendances chirurgicales consistant à attendre ou à ne pas attendre les accidents.

Nous sommes d'accord pour ne pas faire de recherches dans la substance cérébrale; nous sommes en désaccord sur la façon de faire l'asepsie du trajet. Vous vous contentez d'inciser la peau. Je trouve cette conduite insuffisante; je suis d'avis qu'il faut faire plus, et agrandir l'orifice osseux. On assure ainsi un bon drainage, on risque de trouver des esquilles osseuses et même la balle, et cela sans ajouter rien à la gravité de l'état de la blessure.

M. Guinard. — Je suis tout à fait de l'avis de ceux qui ne se contentent pas d'inciser jusqu'au crâne en cas de plaie de la voûte par balle de revolver. Déjà, en 1894, j'ai soulevé cette opinion dans la thèse de mon élève, M. Gouvernaire (1).

Pour moi, je le répète ici, *la balle n'est rien, le trajet est tout.* L'important n'est donc pas de trouver la balle, c'est de nettoyer et de drainer le trajet. Pour cela, une fois arrivé sur l'orifice osseux, j'agrandis *toujours* cet orifice, ce qui se fait aisément en quatre coups de pince-gouge. On est alors parfois très étonné de voir que le trajet laisse évacuer des cheveux, de petites esquilles, etc., corps septiques qui étaient retenus derrière la perforation. De plus, l'orifice, qui souvent est petit sur la face externe, est beaucoup plus large sur la face interne; la balle fait

(1) *De l'intervention primitive dans les plaies du crâne par balles de revolver.* Paris, 1894.

éclater la table interne en une rondelle plus ou moins fragmentée et presque toujours d'un diamètre plus grand qu'on ne pourrait le supposer à considérer l'orifice d'entrée. J'ai publié dans la thèse de Gouvernaire plusieurs observations des plus concluantes pour justifier cette manière de faire, et je vous demande la permission de résumer brièvement celle qui me paraît la plus concluante.

En 1894, un jeune homme de dix-huit ans m'est amené à Lariboisière dans le service de M. Peyrot que j'avais l'honneur de suppléer. Ce garçon s'était tiré dans la tempe droite une balle de revolver, calibre 7. L'orifice d'entrée est à 1 centimètre au-dessus et en arrière de la queue du sourcil droit. Je suis frappé immédiatement par la présence d'un épanchement sanguin considérable dans la paupière supérieure *gauche*. Comme il n'y avait pas de sang sous la conjonctive bulbaire de l'œil de ce côté, il ne pouvait être question de fracture de la base du crâne, et je pensai que la balle avait traversé les deux lobes frontaux pour venir fracturer la bosse frontale gauche en un point que je trouvais douloureux à la pression. Je me décidai donc, sur ce symptôme, à faire deux trépanations.

La première, au niveau de l'orifice d'entrée à droite, me permit de régulariser à la pince-gouge l'orifice osseux et de drainer le trajet; la seconde ne fut pas une trépanation à proprement parler. Une incision verticale partant de la queue du sourcil gauche traverse sous le péricrâne un caillot aplati et me mène sur un éclatement du frontal ; une rondelle osseuse de la dimension d'une pièce de dix sous est soulevée au-devant du plan du frontal. Par le sillon circonférentiel qui isole cette plaque osseuse, s'écoule du sang rouge. Avec une rugine, je fais levier et je fais sauter aisément la rondelle osseuse sous laquelle je trouve la balle, comme enchâssée dans un lit. Je place une pince sur une artère qui donne en jet, et je draine soigneusement aussi le trajet de ce côté.

N'est-il pas clair, en pareil cas, que ce n'est pas la balle par elle-même qui doit être l'objectif du chirurgien, mais bien plutôt la désinfection du trajet, ou mieux encore le drainage large du trajet. Dans cette observation, la balle avait pour ainsi dire quitté la cavité cranienne, puisqu'elle était enchâssée dans le frontal : elle ne pouvait donc causer qu'un dommage relatif ; mais toute la gravité du cas résultait de l'infection du trajet et de l'hémorragie artérielle.

Drainer avec soin le foyer en régularisant l'orifice osseux d'entrée, sans essayer de trouver profondément la balle, telle est ma conduite constante dans toute plaie du crâne par balle de revolver.

M. Monod. — Je vois que nous sommes à peu près tous d'accord sur le point essentiel, c'est qu'immédiatement après la blessure, il faut se garder de pénétrer dans le cerveau. Un second point très important aussi, comme l'a fait remarquer M. Tuffier, c'est que l'examen radiographique ne peut et ne doit être fait dans les cas de plaies récentes.

M. Gérard Marchant. — C'est avec une réelle satisfaction que je viens d'écouter cette discussion sur l'opportunité de l'intervention dans les cas de plaie pénétrante du crâne par balle de revolver.

Lorsqu'en mars 1894, cette question fut discutée à la Société de chirurgie, les non-interventionnistes furent nombreux; j'ai oublié leur nom pour ne me souvenir que de l'appui que donnèrent à mes conclusions MM. Peyrot, Quénu et Terrier.

Ces conclusions, permettez-moi de vous les rappeler (1). « Dans les plaies pénétrantes de la voûte et des parties latérales du crâne (orbite et rocher exceptés) par balle de revolver, de petit calibre, la *trépanation primitive* (c'est-à-dire même en dehors de toute espèce d'accidents) au niveau de l'orifice d'entrée de la balle permet : 1° d'enlever les esquilles; 2° d'extraire la balle ou ses fragments (sans qu'on doive les rechercher autrement que par la vue, et dans le périmètre de la zone atteinte); 3° facilite l'*évacuation*, la *désinfection* et le *drainage* du foyer intra-cérébral; 4° et met plus sûrement que l'expectation à l'abri des accidents immédiats, ou des complications ultérieures de ces traumatismes. »

Si M. Walther avait fait l'historique de la question, il aurait certainement rappelé la conviction avec laquelle je défendis ces idées.

M. Morestin, dans son intéressante observation, s'est conformé à cette manière de faire; il a suivi pas à pas les désordres engendrés par le projectile, et ils l'ont conduit sur le corps du délit, sans aucune manœuvre intempestive, et cela pour le plus grand bien de son opéré qui a *guéri*, et restera définitivement guéri.

Je me sépare de M. Monod lorsqu'il dit qu'il faut attendre des accidents pour intervenir. L'indication nette d'agir, c'est la pénétration; vous agrandissez la porte d'entrée pour désinfecter et voir si le projectile est à votre portée. Si vous attendez, il est peut-être déjà trop tard pour intervenir contre l'infection, comme l'a fait remarquer judicieusement Quénu.

Si j'aimais le paradoxe, je dirais qu'il faut surtout intervenir lorsqu'il n'existe pas d'accidents. Rappelez-vous ces blessés qui

(1) *Bulletins et mémoires de la Soc. de Chir.*, 1894, p. 243.

vous sont apportés dans le coma, où avec des symptômes déjà si graves, que toute intervention restera fatalement inefficace! Ce n'est qu'exceptionnellement que vous avez les signes de localisation.

Je pratique donc la trépanation préventive, chaque fois que l'état du blessé le permet; c'est d'ailleurs là une règle applicable à toutes les fractures ouvertes du crâne (voûte et parties latérales) et dont les bons effets ne sont plus discutables pour aucun de nous.

Pourquoi cette évolution s'est-elle faite dans l'esprit de nos collègues? Est-ce sous l'influence de la découverte de la radiographie, comme le pensent MM. Delorme et Reynier?

Certainement, avec l'appareil de M. Contremoulin, il vous sera facile de savoir où se trouve une balle et de la rechercher *in situ*, et nombreuses et intéressantes sont les applications de ce procédé.

Mais dans la pratique journalière (hospitalière ou de la ville), vous servirez-vous de la radioscopie? N'oubliez pas qu'il s'agit de blessés que vous devez condamner à un repos absolu (physique et moral); et à moins d'avoir sous la main et transportables les appareils de radioscopie, vous ne pouvez pas, vous ne devez pas, déplacer vos blessés pour procéder à cet examen.

D'ailleurs, il ne s'agit pas de savoir où est la balle, il faut de suite désinfecter le foyer, et constater si, au cours de ces manœuvres, utiles, vous ne rencontrez pas le projectile. Ce n'est qu'ultérieurement, si vos recherches *toujours prudentes* (comme nous les avons formulées en 1894) sont restées sans résultat, que vous pourrez vous demander où est cette balle, et l'enlever par une opération nouvelle, secondaire, surtout si un signe de localisation s'est montré : Dans ces conditions, la radiographie est précieuse, indispensable même.

M. Walther. — Il m'est impossible, sans prolonger outre mesure cette discussion, de répondre à chacun de ceux de nos collègues qui viennent de prendre la parole.

J'ai dit, en faisant mon rapport, que je ne faisais qu'analyser l'observation de M. Morestin et que je m'en tenais à cette analyse. Je n'ai pas voulu reprendre toute l'histoire de l'intervention chirurgicale dans les traumatismes du crâne par arme à feu. Si je l'avais refaite, cette histoire, je puis affirmer à mon ami, M. Marchant, que je n'aurais pas oublié sa communication à la Société de chirurgie; nous avons tous encore présentes à l'esprit ses conclusions; nous n'avons pas oublié avec quelle chaleur et quelle habileté il les a développées, entraînant la conviction, je ne dis pas peut-être de tous les membres de la Société, mais de nous tous

qui écoutions cette discussion encore de l'autre côté de cette barrière.

Eh bien, pour en revenir à l'observation qui nous occupe, qu'a fait M. Morestin? Se trouvant en présence de trois plaies de la région temporale, il a, pour assurer l'asepsie des foyers traumatiques multiples, taillé un lambeau comprenant ces trois plaies; et peut-être, est-ce la taille de ce lambeau qui a pu donner à croire qu'il avait l'intention de faire une trépanation réglée pour se lancer à travers le cerveau à la recherche des projectiles. Il est bien certain que s'il n'y avait eu qu'une plaie, il se serait contenté de l'agrandir, de la débrider, de suivre et de désinfecter le foyer jusqu'où il aurait été conduit par les lésions.

Mais avec ces trois plaies, il a taillé un lambeau, il l'a rabattu; il a trouvé une première balle aplatie sur le crâne, il l'a enlevée; une deuxième balle était enchâssée dans la crête du frontal; elle avait enfoncé vers l'intérieur du crâne des esquilles; pour extraire la balle solidement fixée et pour enlever ces esquilles, il a dû appliquer une couronne de trépan. Après l'ablation des esquilles, il a vu la dure-mère mise à nu, violacée, noirâtre, distendue par un épanchement sanguin sous-dure-mérien. Il a agrandi son orifice de trépanation pour aller rejoindre une perforation de la fosse temporale faite par la troisième balle. Là, il a vu que la dure-mère avait été déchirée par la balle et que cette plaie de la dure-mère donnait issue à une bouillie de pulpe cérébrale et de sang, et alors il a fait ce que nous aurions tous fait à sa place. Il a taillé un petit lambeau de la dure-mère et a nettoyé ce foyer traumatique creusé dans les couches superficielles du cerveau; explorant très prudemment avec le doigt, il a senti la balle dans le foyer lui-même, il l'a saisie avec une pince et l'a enlevée. Il ne s'est donc pas lancé à l'aveugle dans une recherche périlleuse au milieu de la masse cérébrale, et je pense, je le répète, qu'il a bien et sagement agi.

Communication.

M. Buffet (d'Elbeuf) lit une communication sur la *Statistique des opérations pratiquées à l'hôpital d'Elbeuf, du 1er janvier* 1891 *au 1er septembre* 1900.

Remis à l'examen d'une commission. M. Walther, rapporteur.

Présentation de malades.

Appendicite à répétition. Opération à froid.
Ver intestinal vivant (Tricocéphale mâle) dans l'appendice.

M. GUINARD. — Une jeune femme de trente-cinq ans m'est adressée le mois dernier par mon ami, le Dr Laffaille (de Boissy-Saint-Léger). Cette malade souffre de crises douloureuses dans la fosse iliaque droite. Elle a tous les quinze jours ou toutes les trois semaines une poussée nouvelle qui la met au lit pour deux ou trois jours. Contrairement à ce qui se passe habituellement dans l'appendicite chronique, elle a constamment la diarrhée. Il n'y a pourtant aucun antécédent tuberculeux. Son unique frère est mort de fièvre typhoïde au régiment. Ses parents et son mari sont vivants et bien portants. Il y a un point appendiculaire douloureux à la pression, qui persiste même entre les crises et qui est des plus caractérisés.

Le 29 octobre, je pratique l'opération à froid. L'incision sur la gaine du grand droit me mène sur un appendice long de 12 centimètres « en érection » derrière le cæcum. J'en résèque 11 cent. 1/2 et j'invagine le moignon dans le cæcum sous un surjet de catgut.

Je n'insiste pas sur la fin de l'opération qui se fait sans incident ; pas de drainage. Après avoir constaté que les parois de l'appendice enlevé sont un peu épaisses et vascularisées, je remarque que le canal est libre sur toute son étendue et se termine par une petite ampoule en forme de massue. J'incise l'appendice jusqu'à cette petite dilatation et j'y trouve un petit magma de mucus louche sur lequel s'agite très vivement un petit filament grisâtre que je prends à première vue pour un oxyure.

J'ai donné ce ver intestinal à M. Raphaël Blanchard qui l'a déterminé avec sa haute compétence spéciale.

Voici la note qu'il m'a remise :

« Le ver examiné est un Tricocéphale mâle dont l'extrémité antérieure est brisée. »

En me reportant au *Traité de zoologie médicale* de M. Blanchard, je vois que « le tricocéphale vit normalement dans le cæcum ; il se rencontre aussi parfois dans l'appendice iléo-cæcal, où Malpighi l'a découvert » (1).

Ce ver est filiforme et d'une longueur de deux centimètres : normalement il est un peu plus long ; mais ici son extrémité antérieure étant brisée, il est plus court que normalement.

(1) Tome I, page 782.

Je présente le fait tel que je l'ai observé ; je ne me rappelle pas avoir lu d'observation de ce genre, et la présence de cet entozoaire dans l'appendice malade mérite d'être signalée à côté de celle des lombrics.

Quelle relation y a-t-il entre les crises appendiculaires de ma malade et la présence de ce ver dans son appendice? Faut-il attribuer la diarrhée anormale qu'elle a constamment accusée à une cause vermineuse? Je pose ces questions sans les résoudre.

Arthrotomie pour luxation ancienne de l'épaule.

M. Ricard présente un malade auquel il a pratiqué l'arthrotomie pour luxation ancienne de l'épaule et la ligature latérale de l'axillaire.

Fracture du calcanéum par arrachement.

M. Potherat. — Le malade que je vous présente actuellement guéri était entré dans mon service de la Maison municipale de santé au mois de juin dernier pour un traumatisme du pied. Ce traumatisme avait déterminé une fracture du calcanéum, fracture rare, exceptionnelle, bien connue toutefois depuis Boyer, qui l'a décrite avec tant de soin qu'on a proposé avec raison d'appeler cette lésion *fracture de Boyer*, pour la différencier de la fracture habituelle du calcanéum, fracture par éclatement qu'on pourrait appeler *fracture de Malgaigne.*

Cette fracture chez notre malade, homme de quarante-trois ans, très vigoureux, très musclé, et pesant, s'est produite dans les conditions suivantes : il s'élançait au dehors à travers une fenêtre peu élevée du côté intérieur, et qu'il croyait aussi peu élevée du côté jardin. Mais il y avait une différence de niveau très appréciable, de sorte que cet homme tomba dans le vide d'une hauteur assez grande, mais il tomba sur la plante, et même, croît-il, sur la pointe des pieds. Toujours est-il qu'il fit, involontairement, un violent effort musculaire pour se maintenir. Au moment où il atteignait le sol, il ne sentit rien de particulier, pas même de douleur, mais il constata une impotence fonctionnelle absolue qui le surprit d'autant plus que, je le répète, aucune douleur n'accompagnait cette impotence.

C'est au bout de trois jours seulement qu'il se fit porter dans mon service.

Quand je le vis, il existait un gonflement ecchymotique appréciable de la région talonnière et de la partie postérieure de la jambe. Le pied était dans une demi-flexion ; les mouvements passifs d'extension et de flexion étaient possibles, mais ils étaient, surtout dans le sens de l'extension, très douloureux.

Au niveau de la partie postérieure de l'articulation tibio-tarsienne, sur la ligne médiane, vis-à-vis du tendon d'Achille, il existait aux téguments une solution de continuité un peu irrégulière, presque nette, au niveau de laquelle on percevait aisément une arête osseuse, vive, très nette, cause probable de la section des téguments. Cette arête appartenait à un fragment osseux, mobile transversalement, peu adhérent au pied, mais fortement uni au tendon d'Achille, avec lequel il remontait le long de la jambe.

A l'union de la face plantaire et de la face postérieure du calcanéum, on sentait aussi une arête vive, au-dessus de laquelle toute résistance osseuse disparaissait. Entre la face inférieure de l'os, et le fragment entraîné par le tendon tricipital, il existait un écartement de près de trois travers de doigt, qui diminuait beaucoup, et disparaissait presque, lorsque, portant le pied dans la flexion forcée, on refoulait en bas le fragment supérieur. On se rendait compte alors que ce fragment représentait non seulement l'insertion du tendon d'Achille, mais toute l'extrémité postérieure du calcanéum. Les surfaces de section des fragments paraissaient régulières et planes.

Le diagnostic de fracture du calcanéum s'imposait; les conditions dans lesquelles cette fracture s'était produite, la forme particulière du trait de fracture me permirent de conclure à une fracture par arrachement, due à une violente contraction d'un puissant triceps sural. Rien, par ailleurs, dans l'examen des antécédents personnels ou héréditaires de cet homme, ne me permettait de penser que son squelette offrît une moindre résistance; de sorte que je pensai, et que je pense encore, que seule la contraction musculaire peut et doit être incriminée.

Je ne m'arrêtai pas une minute à l'idée de traiter cette fracture par un des nombreux appareils préconisés par Boyer, Monro, Desault, Thillaye, Malgaigne; je proposai au malade la suture osseuse pendant l'anesthésie chloroformique. Cette proposition ayant été acceptée, je pus à mon aise, ayant largement exposé le foyer de la fracture, étudier le siège exact et la direction du trait. Celui-ci, oblique à environ 45 degrés de haut en bas, d'avant en arrière, commençait à la face supérieure du calcanéum, au niveau de la partie postérieure de l'articulation calcanéo-astragalienne postérieure, pour aboutir à l'angle inférieur du talon, coupant en

un point symétrique les deux faces latérales de l'os, de sorte que ce trait de fracture, oblique en bas, était dans un plan transversal par rapport à l'axe du pied. Les surfaces de fracture étaient régulières, presque aussi nettes que si elles avaient été faites à l'aide d'un trait de scie. Le fragment adhérent au tendon d'Achille, complètement détaché de l'os, ne tenait plus qu'un peu en avant, où il était maintenu par le périoste de la face supérieure du calcanéum; en ce point était le sommet du large angle dièdre ouvert en arrière, formé par les deux surfaces osseuses divergentes.

Ces surfaces ovoïdales mesuraient 5 centimètres dans le sens vertical, sur 4 centimètres dans le sens transversal.

Ces constatations faites, et la région bien nettoyée, je passai de chaque côté des deux fragments un fil d'argent que je tordis en réappliquant exactement le fragment supérieur sur le fragment inférieur, ce qui me fut assez facile, le pied étant porté dans la flexion forcée. Un appareil plâtré, sous forme d'attelle antérieure, immédiatement appliqué, maintint le pied dans cette situation, et l'y maintint pendant trente jours. Il n'y eut aucun accident, sauf une légère suppuration au niveau de la petite plaie contuse que je vous ai signalée, et qui se traduit aujourd'hui par une cicatrice.

Actuellement, l'union des fragments me paraît parfaite; le talon a repris complètement sa forme et son aspect; le malade marche encore avec une légère difficulté due à un peu de raideur articulaire qui s'améliore chaque jour sous l'influence du massage articulaire.

Les faits de cette nature sont assez rares pour mériter d'être signalés à l'occasion. C'est peut-être la première fois que la suture osseuse est appliquée à cette variété de fracture; elle m'a donné un excellent résultat, mais je m'empresse de dire qu'elle ne présente rien de particulier au point de vue de son exécution.

Présentation de pièce.

Grossesse extra-utérine tubo-interstitielle.

M. Ricard présente une pièce de grossesse extra-utérine tubo-interstitielle. Extraction d'un fœtus de huit mois dont la mort remontait à dix-sept mois.

Le Secrétaire annuel,
Ad. Jalaguier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 14 NOVEMBRE 1900

Présidence de M. RICHELOT.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

A propos du procès-verbal.

M. RICARD. — A propos du malade que j'ai présenté dans la dernière séance et auquel j'ai pratiqué l'arthrotomie pour luxation ancienne de l'épaule, je dois faire remarquer que j'ai pratiqué la *suture* latérale de l'axillaire et non la *ligature*, comme on l'a imprimé.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. GÉRARD MARCHANT qui, retenu à la chambre par une légère indisposition, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

3° Un travail de M. LETOUX, chirurgien de l'hospice de Vannes, sur un cas de *spina bifida lombaire*. Ce travail est renvoyé à une Commission. Rapporteur : M. BROCA.

4° Un travail de MM. GILIS et IMBERT (de Montpellier), sur un cas de *résection de l'anse oméga*. Ce travail est renvoyé à une Commission. Rapporteur : M. QUÉNU.

5° Un travail de M. L. IMBERT (de Montpellier), sur deux cas de *résection intestinale pour cancer*. Ce travail est renvoyé à une Commission. Rapporteur : M. QUÉNU.

6° Un travail de M. WALCH (du Havre), sur un cas d'*hémorragie intestinale grave à la suite d'une opération d'appendicite à froid*. Rapporteur : M. P. Berger.

Discussion

Plaies pénétrantes du crâne par coup de feu.

M. Nimier. — Je ne voudrais pas raviver la discussion soulevée dans la dernière séance sur le traitement des plaies pénétrantes du crâne par balles de revolver; cependant il est un point intéressant qui me semble n'avoir pas été suffisamment précisé.

Si les orateurs qui ont pris la parole sur ce sujet diffèrent d'opinion quant à la profondeur qu'il est légitime d'atteindre dans le cerveau au cours des tentatives d'extraction du projectile, par contre, ils sont tous d'accord pour préconiser la désinfection de la plaie, la désinfection du trajet de la balle. L'on a même été jusqu'à réclamer l'*asepsie exacte* de la blessure. Or, à ce propos, il me semble que les lecteurs de vos Bulletins, encore impressionnés par votre discussion sur les difficultés de la désinfection des mains du chirurgien, se demanderont par quelle technique l'asepsie exacte des plaies cérébrales peut être obtenue.

Raser et laver le cuir chevelu au pourtour de la plaie d'entrée, débrider cette dernière, élargir la perte de substance osseuse, enlever quelques esquilles ou grains apparents de sable osseux, un caillot, quelques débris de tissu nerveux et peut-être, dans certains cas, quelques cheveux, — ce qui en somme constitue la pratique habituellement suivie, — tout cela suffit-il pour que le coup de feu soit réellement désinfecté? De plus, ce n'est pas parce que l'on a tenté d'extraire ou que l'on a réussi à retirer la balle que l'on est en droit de considérer le trajet intracérébral comme aseptisé. Sa lumière est oblitérée par l'affaissement des parties voisines et la présence d'une bouillie de tissu nerveux au sein de laquelle se trouvent du sable osseux, voire même de minuscules débris du cuir chevelu et des cheveux, enfin le projectile. En outre, la paroi du trajet creusé par la balle dans le cerveau présente une zone de contusion dont l'épaisseur, dans les cas où le projectile possède une certaine force vive, peut atteindre 2 et 3 centimètres, et où la loupe laisse voir des fissures radiées parfois fort longues. Sans aucun doute, l'introduction plus ou moins à l'aveugle d'une pince dans un pareil milieu ne saurait être tenue pour une manœuvre de désinfection véritable.

Au total, nous devons avouer que les prétendues désinfections des plaies du cerveau par balle réussissent surtout quand la blessure, par elle-même, est aseptique ou si peu infectée que la résistance propre des tissus, favorisée par le drainage chirurgical du

foyer, suffit à prévenir les accidents de méningite et d'encéphalite. L'aide que le chirurgien apporte à la nature, nulle pour ce qui est de la restauration du tissu nerveux lésé, est fort modeste quant à la désinfection de la plaie. Nous devons reconnaître que cette fois, comme souvent du reste, le terme *désinfection de la plaie* manque de justesse pour rendre compte de notre intervention.

Quant à la nécessité de l'extraction immédiate de la balle arrêtée dans le cerveau, elle ne ressort pas de la discussion présente. Pour la juger, les faits manquent, ou tout au moins n'ont pas été rapportés. Il serait utile de colliger tous les coups de feu que la pratique hospitalière permet de suivre, et, d'après cette statistique d'ensemble, il deviendrait possible, dans les cas où la mort n'est pas le résultat immédiat du traumatisme, de préciser le rôle du projectile en tant qu'agent vecteur de germes et en tant que corps étranger logé dans le cerveau. Autrement dit, de l'observation des faits l'on pourrait déduire la conduite chirurgicale à préconiser.

Au point de vue des blessures de guerre, la question de savoir s'il convient d'extraire un projectile arrêté dans le cerveau ne nous intéresse que dans des cas tout à fait exceptionnels, la mort étant pour ainsi dire la règle après de pareilles blessures. Par suite, c'est à titre de fait exceptionnel que je vous présente la reproduction d'une radiographie qui m'a été donnée par mon collègue de l'armée américaine, le Dr La Garde. Vous y verrez une balle de fusil espagnol Mauser arrêtée dans le lobe occipital chez un soldat américain blessé à Santiago de Cuba. Or, cette balle, qui avait pénétré au niveau du front, pèse 11 gr. 22, mesure 7 millimètres de calibre et 30mm90 de longueur, elle a un noyau de plomb et une chemise en acier nickelé. La radiographie fut faite neuf mois après la blessure.

Je ne veux déduire aucune conclusion de ce fait, dont il serait possible de rapprocher quelques autres plus anciens. Cette fois, il s'agit sans doute d'un coup de feu tiré à très longue distance, ce qui explique que la balle, quoique lancée par un fusil de guerre, n'ait pas été cause de désordres nerveux importants.

Comme contraste, je vous prie d'examiner cette photographie d'une tête qui a éclaté sous le coup d'une balle de fusil Gras tirée à 6 mètres, et aussi deux séries de clichés cinématographiques que j'ai pris, grâce au concours de M. Gaumont, l'habile directeur du Comptoir général de photographie. Ces clichés ont été obtenus avec un cinématographe battant 120 à la seconde. Ils établissent qu'une tête est traversée du front à l'occiput en moins de un soixantième de seconde par une balle de fusil Gras tirée à 5 mètres. Ils permettent, en outre, de suivre les déformations

successives subies par l'ovoïde cranien et les dégâts de son contenu comme de son enveloppe. L'étude de ces faits nous écarterait trop de la discussion présente.

M. Potherat. — La courte, mais intéressante discussion qu'a suscitée, dans la dernière séance, le rapport de notre collègue Walther, m'a suggéré l'idée de vous rapporter l'observation suivante, bien faite pour montrer les difficultés de la clinique et les embarras de la thérapeutique devant certains traumatismes cérébraux dus à des projectiles.

Au mois de décembre de l'année dernière, j'étais appelé aux environs de Paris auprès d'un homme d'une cinquantaine d'années, qui, par un des jours les plus froids de la courte période de gelées intenses survenues à cette époque, avait été trouvé vers quatre heures du soir inanimé dans le fossé d'une route bordant un parc.

Dans ce parc, une chasse avait eu lieu pendant la journée. Un des chasseurs ayant tiré à un moment donné un faisan, et cru l'avoir touché, envoya un garde ramasser la pièce. Le garde suivit la direction du coup de feu, reconnaissable aux branches brisées, chercha vainement l'oiseau là où il avait été aperçu, se porta dans les environs, et jusqu'à la haie bordant le parc à plus de 80 mètres de l'endroit où le chasseur avait tiré avec du plomb n° 6, bien au delà, par conséquent, du point où raisonnablement le plomb eût pu être dangereux. En se penchant au-dessus de cette haie, le garde avait aperçu un homme du village voisin tombé dans le fossé.

Cet homme était sans connaissance; il respirait, le pouls battait, mais la résolution musculaire et l'insensibilité étaient complètes; on ne pouvait tirer de lui le moindre mot, il ne semblait pas même qu'il eût la moindre notion du monde extérieur. On ne constata aucune blessure apparente autre que trois petites plaies au-dessus et en arrière de l'*oreille droite*, plaies insignifiantes pouvant avoir été produites par des épines, ou même des herbes durcies par la gelée.

L'opinion première fut que cet homme, qui revenait d'un repas de corps dans une salle surchauffée, avait été saisi par le froid et frappé de congestion cérébrale.

La perte complète du sentiment dura quatre jours, sans élévation de la température. Au bout de ce temps, le malade recouvra la parole, mais, malgré des interrogatoires répétés, il fut impossible d'obtenir le moindre renseignement de lui sur ce qui lui était survenu; il ne put que dire et répéter qu'il éprouvait un

violent mal de tête. Cet état dura quelques jours, trois environ, puis le mutisme redevint complet. Le malade ouvrait les yeux, mais semblait ne voir ni entendre.

Bientôt de la fièvre survient et, en même temps que l'*aphasie* devient complète, on assiste à l'apparition d'une *hémiplégie droite.*

Sur ces entrefaites, l'idée s'était peu à peu répandue dans l'opinion publique que cet homme avait dû recevoir des grains de plomb de l'un des chasseurs, et c'est sous la pression de cette opinion que j'avais été appelé à donner mon avis et à intervenir s'il y avait lieu.

Après avoir entendu le récit que je viens de rapporter, et constaté les phénomènes que je viens d'esquisser, à savoir : perte du mouvement, de la parole et du sentiment pendant quatre jours, retour du sentiment et de la parole pendant trois jours, avec amnésie, puis élévation de la température, aphasie, hémiplégie *droite*, c'est-à-dire paralysie du même côté que la lésion temporale, consistant en trois petites plaies en ce moment guéries, il me parut bien difficile de rapporter ces phénomènes à un trausmatisme cérébral ; il me paraissait *a priori* difficile, sinon impossible, que des grains de plomb n° 6 pussent à une distance de plus de 80 mètres traverser le crâne, même au niveau de l'écaille du temporal. Si par extraordinaire, me disais-je, le plomb a traversé l'os, cet effort n'a pas dû lui permettre d'aller plus loin, et la lésion cérébrale, si lésion il y a, devrait se traduire par une hémiplégie *gauche* ; en outre, cette hémiplégie n'eût pas dû attendre sept jours pour se manifester. Au contraire, les phénomènes s'expliquaient beaucoup mieux par une hémorragie cérébrale, non traumatique, et itérative.

Je ne crus donc pas devoir intervenir.

Mais le malade, sous l'influence de ses lésions cérébrales, et aussi par suite de l'extension d'un érysipèle de la paroi abdominale antérieure, entré par une piqûre de sérum, et dont j'avais constaté l'existence lors de ma visite, ne tarda pas à succomber, et l'autopsie montra que trois grains de plomb avaient frappé le crâne, que deux de ces grains étaient restés dans l'épaisseur du périoste, mais que le troisième, passant au centre de la fosse temporale, à travers une paroi osseuse mince comme une feuille de papier, avait traversé la base du cerveau, frappé la selle turcique et rebondi dans l'encéphale où il ne put être retrouvé que par le filtrage de la substance cérébrale. Un abcès cérébral *à droite*, au niveau des circonvolutions temporales, un autre abcès au niveau de la circonvolution de Broca, *à gauche*, abcès s'étendant à la face externe des circonvolutions frontales, rendaient bien

compte et de l'aphasie et de l'hémiplégie droite secondaires, en même temps que le trajet transcérébral du projectile expliquait que le blessé fût tombé sans pousser un cri, comme foudroyé, et fût resté quatre jours dans le coma.

Cette observation montre combien il peut être difficile de s'expliquer la pénétration intracranienne d'un projectile, les désordres que peut produire un simple grain de plomb de petit calibre, et les difficultés que peut présenter l'application du traitement. Dans le cas présent, il eût fallu trépaner à droite et évacuer le foyer temporal *droit*, trépaner à gauche et évacuer le foyer temporo-frontal *gauche*, ce qui n'eût peut-être pas encore assuré la guérison, puisque, selon toute probabilité, on n'eût point trouvé le projectile et, en tout cas, on eût laissé un long trajet intracérébral infecté par le passage d'un projectile septique.

Avant de terminer, et sans ouvrir à nouveau la discussion close dans la dernière séance je tiens à dire que, moi aussi, comme la plupart de nos collègues, je suis pour l'intervention immédiate dans les traumatismes intracraniens par projectiles. Je suis pour l'intervention qui consiste à ouvrir le foyer de la blessure des parties molles, à exposer, élargir, nettoyer la perforation cranienne, à enlever les débris esquilleux, les cheveux, les malpropretés qui peuvent se trouver dans la plaie ou dans le crâne, à extraire enfin le projectile lui-même si celui-ci, au cours de ces manœuvres, apparaît dans le champ opératoire; mais je suis pour l'abstention de toutes recherches à travers la substance cérébrale, même à l'aide d'instruments ingénieux comme celui de M. Contremoulins.

Je ferai remarquer seulement qu'en suivant cette conduite je mets simplement en pratique ce que nous faisons tous en présence d'une fracture esquilleuse de la voûte cranienne; c'est là une méthode générale de la chirurgie actuelle, sans rien de spécial aux projectiles vulnérants; leur ablation même ne diffère pas de celle de toute esquille trouvée dans le champ opératoire.

Avec la presque totalité d'entre vous, je crois que l'intervention chirurgicale *immédiate* doit faire cette toilette, et rien de moins, ni de plus. — Mais contrairement à l'opinion émise ici par quelques-uns, je crois aussi qu'il ne convient pas de considérer comme inoffensive la présence dans l'encéphale d'un projectile qui n'a pas déterminé d'accidents immédiats ou secondaires.

Je pourrais citer de nombreux faits empruntés à la littérature chirurgicale qui montrent que des accidents consécutifs très tardifs peuvent survenir et avoir les conséquences les plus graves. Je vous rappellerai seulement un fait que Prengrueber a rapporté ici, fait dont j'ai été le témoin dans le service de M. Guyon en 1886.

Ce malade avait été trépané ; l'ablation d'esquilles de la table interne avait fait cesser les accidents d'hémiplégie et d'épilepsie qui étaient survenus au bout de quelques jours ; le malade guéri avait repris ses fonctions de cocher d'un médecin. Au bout de quelques semaines, il tombait tout à coup de son siège et ne tardait pas à mourir d'un abcès du cerveau trouvé à l'autopsie.

J'ai connu un contrôleur de chemin de fer, qu'un voyageur sans billet avait essayé d'assassiner pendant la nuit. Il avait reçu en arrière de l'oreille plusieurs balles de revolver qui toutes purent être extraites, sauf une. Complètement guéri, en apparence, il avait repris son service depuis plusieurs mois, quand tout à coup, sur le marchepied d'un vagon, il tomba foudroyé, probablement par un abcès cérébral qui ne s'était révélé par aucun accident préalable.

Les faits de cette nature doivent nous donner à réfléchir, et puisque aussi bien la radiographie nous permet secondairement de fixer la position exacte du projectile, je crois qu'il convient d'utiliser ce moyen nouveau de diagnostic et, chaque fois que la région le permettra, d'aller chercher le projectile intra-cranien. Des faits comme celui qu'a rapporté ici mon maître M. Segond, il y a trois ou quatre ans (projectile logé entre les deux hémisphères au voisinage du corps calleux), nous montrent que cette intervention peut être faite avec succès, même en des points éloignés de l'enveloppe osseuse de l'encéphale.

Fracture du calcanéum par arrachement.

M. François Hue (de Rouen). — A la dernière séance, M. Potherat vous a présenté un malade atteint de fracture par arrachement du calcanéum et guéri dans de bonnes conditions grâce à la suture osseuse. Voici des radiographies stéréoscopiques ayant trait à un cas absolument analogue comme lésion, traité de la même façon, et pour lequel le résultat a été parfait, comme en témoignent ces secondes radiographies.

L'intérêt de cette nouvelle observation tient à ce que pareil résultat a été obtenu malgré la suppuration inévitable de la suture et l'élimination des fils. Elle semble prouver, plus peut-être encore que les observations précédentes, que le traitement de choix de semblables lésions est la suture osseuse.

Le 2 juin 1900, on apporte dans le service une femme de soixante-trois ans, qui présente un gonflement et une déformation considérables du pied gauche.

Cette femme nous raconte que deux jours auparavant, elle a fait une chute en descendant son escalier. Son talon ayant glissé sur le bord d'une marche, elle fit un effort brusque pour se porter en arrière et ressentit à ce moment même une douleur vive dans le pied et la jambe; elle ne put se retenir à cause de son poids (elle est très obèse) et elle roula au bas de l'escalier.

A l'inspection, on note un gonflement énorme, qui ne suffit pas toutefois à masquer la déformation. Le pied paraît comme porté tout entier en arrière; la ligne postérieure de la jambe se coude brusquement à angle droit au niveau des malléoles. Il n'y a pas toutefois luxation, puisque nous ne notons pas de dépression préastragalienne; le pied n'est pas raccourci, mais au contraire allongé en arrière. Les mouvements articulaires sont limités par la douleur, mais possibles. La pression au niveau des malléoles ne réveille pas de sensibilité spéciale. Par contre, on note une ecchymose s'étendant à tout le pied et la partie inférieure de la jambe, de larges phlyctènes, la plupart ouvertes, de la rougeur de la peau et, à la partie la plus saillante en arrière du talon, une déchirure très irrégulière des téguments dont les bords sont déjà envahis par le sphacèle.

Le diagnostic clinique, fracture du calcanéum par arrachement est bientôt confirmé par la radiographie. On voit sur l'épreuve que le fragment, en forme de coin, a été arraché, puis a basculé, la partie antéro-supérieure restant fixe et servant de pivot, la partie postérieure décrivant un quart de cercle avec au-dessus le tendon d'Achille qui lui fait suite.

Après nettoyage de la plaie par un pansement humide. on fait la suture osseuse au moyen de deux fils de fer. La suppuration due au sphacèle nous oblige à enlever les crins superficiels le troisième jour. Peu à peu des débris osseux s'éliminent au milieu de la suppuration; puis les fils de fer eux-mêmes sont enlevés par une légère traction faite au vingtième jour.

La jambe a été maintenue pendant tout ce temps dans un pansement humide antiseptique et une gouttière plâtrée, le pied étant en extension.

La cicatrisation s'obtient lentement par bourgeonnement. La femme quitte le service, toutefois, marchant assez bien, sans déformation notable du pied.

Elle a été revue depuis (novembre) pour une écorchure de sa cicatrice due à une mauvaise chaussure. Le résultat est aussi satisfaisant que possible et la marche parfaite.

M. Potherat. — En vous présentant, dans la dernière séance, un malade de mon service, atteint de fracture du calcanéum par

arrachement, et chez lequel j'ai pratiqué la suture osseuse, je ne m'étais point rappelé que notre collègue, mon ami Tuffier, et son élève Desfosses, avaient publié, dans *La Presse médicale* du 13 avril 1898, avec radiographie, une observation absolument semblable à la mienne : mêmes conditions étiologiques, même trait oblique en bas et en arrière et transversal, même lésion des téguments par le bord tranchant du fragment supérieur. M. Tuffier fit même la suture osseuse et, bien que des accidents septiques dus à la plaie du fragment aient obligé à enlever les fils, le résultat fut excellent. M. Tuffier explique même la direction du trait par la direction des couches osseuses du calcanéum. Il me convenait de rendre à M. Tuffier ce qui lui appartient dans le traitement de la fracture du calcanéum par arrachement.

Rapport.

Opération de Gritti (trois observations inédites),
par M. Szczypiorski (de Mont-Saint-Martin).

Rapport de M. LEJARS.

Sous ce titre, notre confrère, M. le Dr Szczypiorski, nous a envoyé trois observations fort complètes, accompagnées de radiographies, et suivies d'un commentaire intéressant et d'un excellent index bibliographique : en réalité, c'est tout un mémoire et une importante contribution à la chirurgie des traumatismes.

Voici d'abord les documents. résumés. — Les trois faits se rapportent à de jeunes ouvriers, de dix-sept à vingt-quatre ans, dont l'un des membres inférieurs avait été broyé, sur une hauteur variable, par le passage d'un wagonnet d'usine ou la chute d'une lourde masse d'acier. L'amputation fut, d'ailleurs, pratiquée à des dates très différentes, et il est utile de préciser dans quelles conditions le chirurgien fut conduit à y recourir.

Chez le premier blessé, l'écrasement portait sur le pied et la partie inférieure de la jambe gauches. « Etant donnée la gangrène des parties atteintes, écrit M. Szczypiorski, l'amputation de la jambe fut décidée et exécutée trois jours après, au lieu d'élection, par la méthode circulaire ». Le moignon se gangréna en totalité, et ce fut un mois et demi plus tard, à titre d'opération secondaire, que fut pratiquée l'amputation de Gritti. Il restait peu d'étoffe : en arrière, « la perte de substance s'étendait jusqu'au-dessus du

creux poplité ; en avant, la gangrène n'avait épargné qu'un petit lambeau de peau, ne recouvrant même pas complètement le tronçon restant du tibia ». Notre confrère utilisa tous les téguments sains, en confectionnant un lambeau un peu irrégulier, puis il désarticula le moignon de jambe, fit sauter, à la scie la surface cartilagineuse de la rotule, scia le fémur au-dessus des condyles, sans ouvrir pourtant le canal médullaire, et adapta l'une à l'autre les deux surfaces de coupe, fémorale et rotulienne, en les fixant, comme nous le dirons tout à l'heure, par un fil d'argent transversal. La guérison eut lieu sans incident.

Revu trois ans et deux mois après l'opération, l'amputé marche avec une jambe de Beaufort, sur le bout de son moignon ; l'examen des radiographies montre que la rotule est soudée au fémur par un cal osseux, et que, d'ailleurs, le fil d'argent est resté intact.

Chez le second blessé, on fit un essai de conservation. Il s'agissait, dit l'auteur, « d'une fracture ouverte multifragmentaire au tiers supérieur du tibia gauche, avec déchirures musculaires, issue de plusieurs esquilles osseuses volumineuses, décollement et meurtrissures de la peau, hémorragie abondante ». Après lavage à l'eau bouillie chaude et à la solution de sublimé, le membre fut « embaumé », on ne nous dit pas comment. Toujours est-il que, le lendemain, le pansement est traversé par le sang, et qu'il faut l'enlever, pour aller à la recherche du vaisseau qui donne. On découvre une déchirure de l'artère tibiale antérieure, qu'on lie. Nouveau lavage au sublimé à 1 p. 1000, nouvel embaumement (?) « dans l'intention bien arrêtée, ajoute notre confrère, de conserver le membre malgré les dégâts ».

La solution de sublimé fut sans doute très largement employée, car il survint des phénomènes d'intoxication, passagers, d'ailleurs ; mais elle n'empêcha ni la gangrène, ni les accidents septiques : douze jours après il fallut ouvrir un vaste phlegmon poplité. Au vingt-cinquième jour, l'on pratiquait l'amputation de Gritti, toujours suivie de suture métallique transfémoro-rotulienne, et qui, cette fois encore, donna un bon résultat, immédiat et lointain. Le blessé est revu et radiographié deux ans après : « La marche s'effectue sans la moindre gêne et toujours sur le bout du moignon » ; la rotule et le fémur sont parfaitement coaptés et soudés, le fil d'argent est intact.

Il en est de même dans le troisième fait. Ici, la jambe gauche avait été complètement détachée à son tiers supérieur, et, dès le lendemain, on amputait. Comme on manquait de peau en arrière, il fallut scier le fémur très haut, à 3 ou 4 centimètres au-dessus des condyles, en pleine diaphyse, où la dureté de l'os rendit le forage excessivement pénible. La réunion n'en fut pas moins

obtenue par première intention, car le moignon, un an et deux mois après l'opération, se maintient parfait, dit notre confrère, au point de vue anatomique et fonctionnel.

J'ai tenu à rapporter avec quelques détails les observations de M. Szczypiorski, parce qu'elles soulèvent plusieurs questions intéressantes, et, bien que leur auteur nous les présente surtout à l'appui de l'amputation de Gritti et que, effectivement, elles soient, à ce point de vue, de grande valeur, nous ne pouvons oublier qu'elles se réfèrent à un problème plus général, et toujours d'actualité, celui de la conduite à tenir en présence des grands traumatismes des membres.

Il est difficile de croire que, chez le troisième blessé de M. Szczypiorski, dont la jambe était entièrement détachée en haut, et qui n'avait plus autour du genou qu'une peau déchiquetée et rétractée, la méthode conservatrice eût abouti à un résultat meilleur, ou même égal, à celui de l'amputation économique primitive. La guérison a été rapide, le moignon est excellent, et l'on aurait mauvaise grâce à rien regretter. Mais il en va peut-être autrement des deux premiers faits.

Dans le premier cas, l'amputation primitive, au lieu d'élection, a été suivie d'une gangrène totale du moignon, accident bien connu, qui est loin d'être rare, et dont nous avons vu, pour notre part, deux exemples, à la suite d'amputations primitives, pourtant très hautes. Dans le second, la conservation a échoué, et le sublimé, employé à dose suffisante pour entraîner quelques phénomènes d'intoxication, a été impuissant à enrayer les accidents septiques et gangreneux. Or, s'il est bien malaisé de discuter, après coup et sans voir la conduite d'un chirurgien aussi informé et aussi habile que notre confrère, et tout en tenant le plus large compte des nécessités locales, il nous sera permis de regretter que la conservation n'ait pas été tentée, ici, qu'elle n'ait pas réussi, là, et de rappeler qu'un moignon de jambe, fût-il très court, fût-il obtenu au prix d'une longue cicatrisation, vaut toujours mieux qu'une amputation fémorale, quelque bonne soit-elle, ou fémoro-rotulienne.

C'est là, en effet, à notre sens, l'argument capital qui se dresse devant l'amputation traumatique primitive. A amputer d'emblée, on ampute toujours trop. Et voilà pourquoi je me suis, pour ma part, rallié avec conviction à la méthode si vaillamment défendue par M. Reclus. Sans doute le shock crée un danger tout spécial à l'intervention immédiate, mais ce n'est point là, pour moi, ce qui me frappe surtout; nous avons, à l'heure actuelle, de puissants moyens d'écourter la période de shock, et, d'ailleurs, la mortalité des amputations primitives ne m'a pas paru aussi considérable

qu'on pourrait le croire : sur vingt grandes amputations et désarticulations recueillies pendant les premières années de ma pratique hospitalière, j'ai relevé trois morts, survenues toutes trois après des interventions désespérées.

Donc, la contre-indication fondamentale, constante, est celle qui dérive de la nécessité d'un sacrifice excessif, d'une exérèse trop large, d'une section trop haute, et cela, pour un résultat que la gangrène secondaire du moignon rend toujours problématique; et chez les blessés dont je parlais tout à l'heure, et qui ont bien guéri, je n'en ai pas moins le regret, je dirais volontiers le remords, d'avoir trop souvent mutilé outre mesure.

Le principe posé, les modes d'application pratique ont quelque peu varié entre les mains des divers chirurgiens. Pour ma part, j'ai peu à peu renoncé à l'usage de tous les antiseptiques dans les cas de ce genre, et les résultats que j'ai obtenus m'ont encouragé dans cette voie, en me donnant la conviction, de plus en plus ferme, que le succès dépend, pour une très large part, de la détersion initiale, et que cette détersion doit être, avant tout, mécanique. Chez mon dernier blessé, il s'agissait d'un écrasement de toute la main droite, et, pour la détersion initiale, pour les pansements ultérieurs, jusqu'à guérison complète, je n'employai chez lui aucune goutte d'antiseptique, ni d'alcool, ni d'éther, mais seulement l'eau bouillie et la gaze stérile; il fut endormi, et, avec l'eau bouillie aussi chaude que mes mains pouvaient la supporter, et les compresses, tous les tissus broyés furent lavés, essuyés, frottés, lentement, minutieusement, en procédant par ordre, en excisant les haillons de peau ou de muscles, les fragments osseux détachés, en liant les artères, en ayant pour but de supprimer toute anfractuosité, de mettre tout à l'air, et de fournir aux tissus vivants les meilleures conditions d'une lutte efficace contre l'infection. Longue, très longue besogne, qu'il faut faire, sans se lasser, aussi complète, aussi « intégrale » que possible. Bien entendu, dans les faits de ce genre, l'injection antitétanique préventive est de rigueur.

Je ne veux pas insister davantage ; aussi bien les observations de M. Szczypiorski sont-elles surtout intéressantes au point de vue spécial de l'amputation de Gritti.

Comme le rappelle notre confrère, en citant les faits de Notta, de Monod, de Jaboulay, de Le Dentu, de Rioblanc, l'opération ostéoplastique fémoro-rotulienne a trouvé jusqu'ici peu de crédit en France, alors qu'elle était assez souvent pratiquée en Allemagne et en Angleterre. On lui a reproché surtout d'assurer incomplètement le fonctionnement ultérieur du membre, par le fait de l'absence de la soudure ou de la soudure défectueuse de la ro-

tule et des condyles; et, de fait, pour que l'amputation de Gritti vaille d'être préférée à l'amputation de cuisse au tiers inférieur, il est indispensable qu'elle permette la marche ultérieure « sur le moignon ». Or, le glissement en avant du fragment rotulien, mal réuni, tiraillé par le triceps, et chevauchant sur le bord antérieur du fragment condylien, paraît avoir maintes fois empêché ce résultat et vicié singulièrement les conséquences fonctionnelles d'une opération, en somme, toujours assez complexe.

Telle est la grosse pierre d'achoppement du procédé de Gritti; il faut, de toute nécessité, obtenir un cal solide, horizontal, qui fusionne la rotule et les condyles.

Une cicatrisation aseptique et régulière aura naturellement, sous ce rapport, une grande importance, et c'est pour cela que nous voyons, dans ces dernières années, tous les procédés ostéoplastiques remis en valeur, et la méthode appliquée, comme l'a fait, pour la jambe, mon ami M. Delbet, même aux amputations dans la continuité.

Une bonne suture fémoro-rotulienne sera, elle aussi, un sérieux élément de succès, et la pratique suivie à cet égard par M. Szczypiorski mérite d'être signalée et nous paraît d'autant plus recommandable, qu'elle lui a fourni trois fois un résultat complet et durable.

Il a eu recours à un véritable cerclage de la rotule et des condyles; avec le perforateur-drille, il troue d'abord la rotule en travers, suivant son grand axe, à trois millimètres environ de la surface postérieure d'avivement; après le sciage des condyles, il perfore de même le fragment fémoral, dans le sens transversal, puis un long et gros fil d'argent est passé dans l'un et l'autre canal, dessine une anse en dedans et vient se tordre en dehors. Avant de les tordre, on a soin de tendre fortement les deux bouts et d'adapter aussi correctement que possible les deux surfaces osseuses, rotulienne et fémorale. Le fil d'argent reste perdu dans les tissus, et, comme le montrent les radiographies, il y reste très longtemps intact, ce que nous avons constaté, d'ailleurs, à plusieurs reprises, pour les cerclages rotuliens. Je rappelle encore que, chez les opérés de M. Szczypiorski, le cal était osseux et que tous trois marchaient sur leur moignon.

Grâce à ces perfectionnements, l'amputation de Gritti devient une utile ressource dans certaines conditions, en permettant de restreindre la mutilation et d'améliorer, dans une certaine mesure, l'avenir fonctionnel. Il est certain qu'une amputation de cuisse en bas vaut mieux qu'un mauvais « Gritti », mais il n'est pas douteux que l'amputation ostéoplastique fémoro-rotulienne, bien faite et bien réussie, dans le sens que nous précisions tout à

l'heure, ne donne un résultat fonctionnel meilleur que l'amputation diaphysaire. Quant à la comparer à la désarticulation du genou, je n'en vois pas les raisons, la désarticulation devant être toujours, à notre avis, l'opération de choix, lorsque les parties molles sont suffisantes à fournir un large lambeau, antérieur ou postérieur.

Quel que soit l'avenir de l'opération de Gritti, les faits de M. Szczypiorski sont d'un haut intérêt et lui font grand honneur ; je vous propose de lui adresser nos remerciements et de déposer son travail dans nos archives.

M. Pierre Delbet. — J'ai écouté avec grand intérêt le rapport de notre collègue Lejars et je pense comme lui que la question des amputations ostéoplastiques mériterait d'être étudiée à nouveau dans son ensemble. Ces opérations, en permettant aux amputés de marcher sur leur moignon, rendent leur infirmité beaucoup moins pénible.

J'ai moi-même imaginé un procédé opératoire qui permet d'amputer la jambe en un point quelconque et d'obtenir un moignon capable de porter le poids du corps. Je ne suis pas le premier à avoir fait des amputations ostéoplastiques de jambe. Bier et d'autres en ont fait avant moi. Mais je crois être le premier à avoir appliqué à la jambe le précepte de laisser le lambeau osseux qu'on rabat sur le tibia et le péroné en continuité vasculaire avec les parties molles. Dans les opérations ostéoplastiques déjà anciennes qui ont fait leurs preuves, celle de Gritti, celle dePirogoff, la rotule, le calcanéum conservent leurs connexions vasculaires, et c'est pour cela qu'avec des précautions on peut obtenir leur soudure en bonne place. De même, dans l'opération que je pratique depuis plusieurs années, le morceau de tibia, long de 3 à 4 centimètres, épais de 9 à 18 millimètres, que je conserve pour le rabattre comme une rotule sur les extrémités inférieures du tibia et du péroné sectionnés conserve ses connexions vasculaires, et après la section on peut voir le sang sourdre par les vaisseaux du canal médullaire.

Je ne veux pas décrire la technique de cette opération, qui est malheureusement assez compliquée. Je me bornerai à vous donner les résultats. J'ai présenté ici mon premier opéré quelque temps après l'opération. Tout le monde s'est accordé à trouver le résultat satisfaisant mais les pronostics pour l'avenir ont été pessimistes. « Dans six mois, me disait-on, votre amputé ne marchera plus sur son moignon. » Je l'ai ramené au bout de sept mois et il marchait toujours. Notez que c'est un concierge qui passe ses matinées à nettoyer des escaliers et ses après-midi à faire des courses.

Depuis, j'ai fait trois autres amputations ostéoplastiques de

jambe. Tous mes opérés ont guéri; cependant je possède une pièce anatomique. En effet, mon second opéré qui était atteint d'une ostéoarthrite tuberculeuse grave du cou-de-pied, présentait, lorsque je l'ai opéré, un long abcès qui remontait le long des péronniers jusqu'à l'articulation du genou. J'avais incisé et curetté cet abcès sur toute sa longueur; mais quelque temps après, son genou se prit et on dut lui faire une amputation de cuisse. J'apporterai à la prochaine séance cette pièce curieuse sur laquelle vous pourrez voir la soudure parfaite du lambeau osseux au tibia. J'ai des radiographies des moignons de mes trois autres malades et vous pourrez voir que chez tous la soudure osseuse est parfaite.

Le précepte de conserver la continuité vasculaire du fragment osseux que l'on greffe, M. Zamfirescu a cru le découvrir récemment. Dans la *Revue de Chirurgie* du 10 octobre dernier, il a décrit divers procédés opératoires qui permettent de l'appliquer à presque tous les segments du membre. Ces procédés ont été réglés sur le cadavre, il ne les a jamais appliqués sur le vivant. Pour moi, je n'ai pu appliquer, faute d'occasion, mon procédé qu'à la jambe, mais je l'ai appliqué sur le vivant il y a plusieurs années et toujours avec succès.

M. Poirier. — J'ai eu une seule fois l'occasion de pratiquer l'amputation ostéoplastique de Gritti. C'était à l'hôpital Saint-Louis, sur un malade jeune, dont la jambe avait été écrasée par le passage d'une roue de wagon. C'est une opération excellente; elle me donna des résultats parfaits, en ce sens que l'opéré put marcher facilement, en prenant point d'appui sur le bout du moignon.

Je trouve un peu compliqué le procédé de suture auquel l'auteur du travail a eu recours dans ses trois cas; il n'est pas très facile de creuser le trajet du fil dans une rotule amincie par résection de sa surface cartilagineuse. Dans le cas dont je viens de parler, j'ai eu recours au simple enchevillement de la rotule sur le fémur, par une pointe de fer; c'est simple, rapide et solide. Du trentième au quarantième jour, quand rotule et fémur sont soudés, on retire sans peine la pointe, qui, d'ailleurs, a pris du jeu. Je crois qu'une pointe maintient plus efficacement le contact qu'un cerclage qui laisse toujours un peu de jeu. C'est donc à la pointe que j'aurai encore recours quand se représentera l'occasion d'un Gritti.

Il est un autre point dans l'intéressant rapport de Lejars sur lequel je ne suis point d'accord avec mon collègue, c'est lorsqu'il nous dit sa préférence pour la désarticulation du genou. Après le Gritti, on s'appuie sur la peau prérotulienne épaissie par les pressions et frottements; ce contact rotulien me paraît préférable

au contact condylien qui résulte de la désarticulation. Et puis, lorsqu'on a ménagé la rotule, même en sectionnant partiellement le tendon quadricipital, si cela est nécessaire pour obtenir le renversement de la rotule et son application sur la surface de section du fémur, il me semble que l'atrophie du quadriceps doit être moindre que lorsque la rotule a été supprimée ou abandonnée à elle-même. Cette considération n'est point sans valeur, si l'on considère qu'après le Gritti on a encore, pour porter la cuisse en avant, l'action du droit antérieur s'ajoutant aux fléchisseurs, lesquels sont, comme on sait, peu énergiques au début de la flexion de la cuisse, dans le premier temps de la marche.

M. Berger. — Comme M. Poirier, je trouve que M. Lejars a trop facilement et trop péremptoirement conclu, comme je l'avais fait moi-même jadis, à la supériorité de la désarticulation du genou sur l'opération de Gritti. J'ai vu, en effet, des insuccès tardifs après la désarticulation du genou : ulcération du moignon, impotence, etc. Un de mes opérés a même dû subir l'amputation de la cuisse au tiers inférieur; il y a là une question de vitalité de la peau et de recouvrement des os par le triceps qui manque dans la désarticulation du genou. Je crois donc aujourd'hui qu'il y a lieu d'atténuer ce jugement trop favorable.

M. Routier. — Je n'ai fait ni amputation de Gritti ni désarticulation du genou, mais j'ai eu l'occasion de voir autrefois à la consultation du Bureau Central deux malades ayant autrefois subi la désarticulation du genou (un de ces malades avait été opéré par Marjolin); ces deux malades marchaient admirablement en appuyant sur leurs condyles simplement recouverts par la peau. Au point de vue de la fixation de la rotule, je crois, comme M. Poirier, que le clou est préférable à la suture.

M. Tuffier. — J'ai pratiqué une opération de Gritti, il y a quelque six ans : le résultat a été parfait. Dans ces amputations ostéoplastiques du membre inférieur, il y a au point de vue du résultat un facteur important à considérer et qu'on n'a pas assez mis en lumière dans cette discussion : c'est la qualité de la peau employée pour recouvrir le moignon. Si le Gritti bien fait donne de bons résultats alors qu'une amputation de cuisse et une désarticulation du genou également bien faites en donnent parfois de mauvais, c'est parce que dans le premier cas l'opéré marche toujours sur une peau habituée aux pressions, — la peau prérotulienne — tandis que dans les autres le moignon est recouvert d'une peau

délicate qui ne résiste pas toujours aussi bien. Le second facteur important a trait au mode de prothèse, mais je ne veux pas entrer dans cette discussion.

M. Bazy. — J'ai fait il y a cinq ans une désarticulation du genou pour un ostéosarcome de l'extrémité supérieure de la jambe chez un homme de trente-huit ans.

L'opéré marche très bien avec un appareil lourd, puisqu'il porte un appareil articulé et non un pilon.

Ceci n'est pas pour infirmer l'opinion de M. Berger, mais j'ai tenu à la citer à titre de document.

M. Peyrot. — Moi aussi j'élève la voix en faveur de la désarticulation du genou; j'ai pratiqué quatre ou cinq opérations et j'ai pu suivre pendant longtemps deux de mes malades, marchant admirablement sur leurs condyles recouverts par une peau mince très bien portante, comme si la largeur du point d'appui suppléait à la minceur des téguments; mon impression reste donc très favorable à la désarticulation.

M. Kirmisson. — Mon opinion est conforme à celle de M. Peyrot et de ceux de mes collègues qui sont favorables à la désarticulation. Tous les malades qui ont subi la désarticulation du genou et que je vois à la consultation orthopédique du Bureau Central marchent parfaitement. Du reste, je dois reconnaître que j'ai vu aussi un cas d'amputation de Gritti avec un excellent résultat fonctionnel. J'apporterai dans la prochaine séance des chiffres à l'appui de cette appréciation.

M. Lejars. — Je suis heureux que les observations de M. Szczypiorski aient suscité des observations aussi intéressantes. Il me semble qu'elles portent principalement sur deux points : la valeur comparative de la désarticulation du genou et de l'amputation de Gritti; le mode de réunion fémoro-rotulienne.

Il est difficile, en présence des opinions qui viennent d'être exprimées, de porter une opinion définitive sur la désarticulation du genou, autrement que par l'examen d'un grand nombre de faits, longtemps suivis. Quant à dire que la peau du moignon est meilleure, mieux faite aux pressions, après le Gritti qu'après la désarticulation, le fait n'est peut-être pas très exact ; c'est la peau prétibiale, celle qui recouvre la tubérosité antérieure du tibia, qui supporte, à l'état normal, les pressions, dans l'attitude agenouillée, et c'est elle précisément qui recouvre les condyles après la désarticulation; la peau pré-rotulienne qui engaine le bout du moignon,

après le Gritti, est moins bonne; elle est doublée de bourses séreuses qui peuvent s'irriter et devenir hygromateuses, comme le fait s'est produit à plusieurs reprises, et c'est un des reproches qui ont été faits à l'opération de Gritti.

Quant au mode de réunion employé par M. Szczypiorski, s'il est d'une efficacité indéniable, il est aussi d'une pratique un peu délicate, et, pour ma part, je ne verrais que des avantages à l'enclouement, que j'ai vu pratiquer par M. Güssenbauer, à Prague, en 1888, et que j'ai appliqué, avec un bon résultat, dans une résection tibio-tarsienne. Mais, outre que le « clou » donne une coaptation moins complète, moins exacte, des surfaces, il n'est guère utilisable, après le Gritti, la section du fémur devant se faire, en général, très près de la diaphyse et l'implantation n'ayant plus, dès lors, qu'une base très précaire.

Communication.

M. Brin (d'Angers), *traitement du cancer du gros intestin*, à propos de deux observations. M. Quénu, rapporteur.

Le Secrétaire annuel,

Ad. Jalaguier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 21 NOVEMBRE 1900

Présidence de M. Richelot.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. G. Felizet qui, retenu à la chambre par la grippe, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Un travail de M. Carlier (de Lille), intitulé : *Rupture de l'urètre périnéal par chute à califourchon. Facilité du cathétérisme, Grave déchirure de l'urètre. Guérison.* Ce travail est renvoyé à une commission. Rapporteur : M. Albarran.

4° Un travail de M. Delassus (de Lille) intitulé : *Sur l'anesthésie cocaïno-lombaire. Méthode Bier-Tuffier.* Ce travail est renvoyé à une commission. Rapporteur : M. Tuffier.

A propos du procès-verbal.

Amputations ostéoplastiques de jambe.

M. Pierre Delbet. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter la pièce et les radiographies dont je vous ai parlé dans la dernière séance. Toutes ont trait aux amputations ostéoplastiques de jambe. La pièce anatomique provient du malade qui a dû être amputé secondairement de la cuisse pour une arthrite tuberculeuse du genou. Elle a été recueillie par mon interne et ami Cochemé, qui a fait de cette question le sujet de sa thèse inaugurale.

Sur la pièce comme sur les radiographies, vous pouvez constater que la lame osseuse est large et solide. Dans les quatre cas, elle est solidement unie au tibia et offre un point d'appui résistant; mais dans les quatre, elle est indépendante du péroné. Or, dans l'opération je l'applique sur cet os et je suture son périoste à celui du péroné. Cette disposition secondaire est-elle due à une bascule de la lame osseuse ou à une atrophie du péroné? je ne saurais le dire. En tout cas, dans mes quatre faits, le but, qui est de fournir un point d'appui résistant, a été atteint.

M. Poirier. — Ces résultats sont fort intéressants. Relativement à ce fait que dans les quatre cas que nous montre Delbet, le fragment osseux rapporté ne s'est soudé qu'au tibia, tandis qu'il reste à distance notable de la surface de section du péroné, peut-être est-il attribuable à une atrophie du péroné. Il semble en effet, en regardant attentivement ces radiographies, que le péroné n'a pas gardé son volume normal.

Quant au pourquoi de cette atrophie, il est moins aisé de le déterminer.

Voici une hypothèse : à l'état normal, la jambe étant entière, le poids du corps est transmis au pied par le tibia; il en est de même, lorsque, la jambe ayant été coupée, le pied est remplacé par un appareil. En raison de cette pression, le fragment osseux se soudera plus facilement au tibia sur lequel il repose d'ailleurs par une surface beaucoup plus large ; le péroné, inutile, doit s'atrophier.

M. Kirmisson. — Dans la dernière séance, j'ai dit que j'avais eu l'occasion de voir de bons résultats de la désarticulation du genou et que je donnerais le nombre exact de ces cas. J'ai vu quatre malades ayant subi la désarticulation du genou et qui tous étaient dans les meilleures conditions fonctionnelles.

M. Lucas-Championnière. — Je demanderai à M. Kirmisson si ces opérés marchaient sur le moignon ou sur l'ischion.

M. Kirmisson. — Les opérés marchaient sur le moignon.

Rapports.

Plaie transversale du cou. Plaies multiples avec perte de substance et section incomplète du larynx et de la trachée. Mode de suture spéciale des cartilages. Guérison, par M. MESNARD, interne des hôpitaux.

Rapport de M. PICQUÉ.

D..., trente-huit ans, ébéniste, est amené, le 5 juin à 10 heures du soir, à l'hôpital Saint-Antoine. Sous l'empire d'idées de persécution qui l'assiègent depuis plusieurs jours, ce malade s'est donné, quatre heures auparavant, plusieurs coups de rasoir dans la gorge. On le trouve assis sur une marche d'escalier, couvert de sang et comme hébété.

C'est un homme grand, d'aspect vigoureux; il est pâle, légèrement violacé, en proie à une dyspnée intense et complètement aphone. L'air s'échappe avec bruit de la région sous-hyoïdienne, entraînant du sang et des mucosités.

M. Mesnard, interne de garde, constate sur la partie antérieure du cou et à 7 centimètres du menton une plaie transversale et nette d'environ 13 centimètres. Les bords sont écartés d'environ 4 centimètres et l'on peut voir facilement, dans la profondeur, le conduit laryngo-trachéal. La partie inférieure du cartilage thyroïde présente une incision transversale, nette et pénétrante; mais au-dessous, le cricoïde et les premiers anneaux de la trachée, sur une longueur de 4 à 5 centimètres et la largeur de toute la face antérieure du conduit, sont hachés littéralement. Les cartilages sont découpés comme une mosaïque. La paroi semble comme défoncée.

Un assez grand nombre de petits débris, semblables à des rognures d'ongle, sont plus ou moins détachés. M. Mesnard en enlève six qui paraissent avoir perdu toute connexion avec le reste du conduit. Au-dessus, la membrane crico-thyroïdienne n'existe plus; ses débris sont mélangés à des faisceaux musculaires dilacérés. Les débris de la muqueuse qu'on voit sur les bords de la plaie sont aspirés dans l'intérieur du conduit.

L'index pénètre facilement par cette perte de substance d'où l'air s'échappe en entraînant des mucosités sanglantes.

La plaie est désinfectée par les procédés ordinaires, et les tissus qui tendent à se dérober sont maintenus à l'aide de pinces de Kocher.

La plaie du cartilage thyroïde est suturée à l'aide du catgut n° 1.

La muqueuse, relevée à l'aide d'une anse de catgut n° 0, est également suturée.

Réunion des fibres musculaires crico-thyroïdiennes dilacérées avec les débris de la membrane crico-thyroïdienne.

Le conduit se trouve ainsi reconstitué par en haut, mais le point intéressant et un peu spécial de cette suture concerne la reconstitution de la partie inférieure.

La plaie est médiane, anfractueuse, et comme fissurée sur les côtés par les points où manquent les petits copeaux cartilagineux détachés.

La paroi est alors refermée avec des points de catgut n° 1 et n° 2 passés sur les cartilages adhérents, se croisant entre eux sur la ligne médiane et accrochant tout ce qui est flottant au-devant d'elle. La fermeture devient ainsi aussi hermétique que possible, sans diminuer, par le rapprochement des lèvres de la plaie trachéale, le calibre du conduit. C'est une sorte de canevas de catgut propre à soutenir les cartilages demi détachés et à obturer la plaie.

La voix est dès lors aussitôt recouvrée et le malade s'en sert pour injurier l'opérateur.

Suture de la peau au crin de Florence et drainage pour se mettre à l'abri d'un emphysème possible. Pansement compressif avec des compresses de gaze stérilisée humide, bandage qui maintient la tête fléchie.

L'opération a duré une heure et le malade est reporté dans le service de notre collègue M. Monod.

La surveillance du malade est difficile. Dès qu'on le touche, il se met à crier qu'on veut l'assassiner, et M. Mesnard craint que le malade ne compromette, par ses cris, la suture.

Le surlendemain seulement, on profite d'un moment de calme pour refaire le pansement. Pas d'emphysème; le drain est enlevé. Apyrexie complète.

Le soir, le malade est plus agité. Hallucinations continuelles. Il croit voir des artilleurs braquant sur lui des canons pour le mettre à mort.

Le lendemain matin, trompant la vigilance des gardiens, il saute en chemise par-dessus le mur de l'hôpital et se retrouve en face d'une caserne voisine. Des soldats s'emparent de lui. Il se laisse emmener sans protester : « Vous voyez que j'avais raison, dit-il, quand je disais qu'on voulait me tuer; voilà le peloton d'exécution. » Il est alors envoyé à Sainte-Anne, dans mon service de chirurgie, où je continuai à lui donner mes soins.

La plaie se réunit par première intention et, quelques jours après, le malade était complètement guéri.

Le 29 septembre, c'est-à-dire près de 4 mois après, le malade

a été revu à Villejuif (service de M. Paclet), où il est toujours interné. D..., dont l'état mental ne s'est pas amélioré, est en proie à des impulsions violentes; la veille, il s'est jeté sur un gardien qu'il a tenté d'étrangler. Par un hasard heureux, il est calme en ce moment et se laisse assez bien examiner. Il ne souffre pas du tout, dit-il; au début, quand il montait un escalier ou se livrait à un exercice violent, il s'essoufflait; maintenant, il respire sans aucune difficulté. Le timbre de sa voix est un peu voilé; il a toujours eu, dit-il, la voix couverte. Dans les premiers temps après son accident, elle l'était davantage; à l'heure actuelle, elle a son timbre habituel. Aucun bruit de cornage.

Rien au larynx, sinon un peu de rougeur des arythénoïdes. Le pharynx est rouge aussi. Les cordes vocales inférieures sont normales et bien mobiles.

En plaçant le malade debout, on voit assez aisément avec le miroir la paroi antérieure de la trachée et une traînée blanchâtre, d'aspect cicatriciel, qui ne semble faire aucune saillie.

Messieurs, si j'ai attiré pendant quelques instants votre attention sur l'observation de M. Mesnard, interne des hôpitaux, c'est qu'il s'agit d'un cas difficile de pratique dans lequel un résultat excellent a été obtenu, grâce à une technique opératoire intéressante, et qui vient encore prouver l'utilité de la suture immédiate que j'ai défendue dans un récent rapport (cas de Isambert).

Ce fait est encore intéressant à signaler, parce qu'il touche à la question si importante de l'hospitalisation des aliénés.

Au récent congrès de l'Assistance (août 1900), j'ai développé les raisons pour lesquelles les aliénés doivent recevoir l'assistance chirurgicale à l'asile et non à l'hôpital; d'ailleurs, l'administration et le conseil général avaient déjà accepté les arguments que j'avais fait valoir au sein des Commissions devant lesquelles j'avais été appelé, en décidant la création d'un service de chirurgie à Sainte-Anne. Or, ce service, outre les avantages qu'il présente au point de vue de la chirurgie des aliénés et sur lesquels je n'ai pas à insister ici, mérite cependant d'être connu de mes collègues.

Jusqu'alors, les malades opérés à l'hôpital, comme celui de M. Mesnard, et manifestant des signes de folie, étaient transférés d'urgence à l'asile où ils ne pouvaient recevoir aucun soin.

Aujourd'hui, grâce à l'ouverture de ce nouveau service, ils pourront, si mes collègues s'adressent à moi, y être admis et recevoir les soins nécessaires à la guérison opératoire, et je m'empresse de vous dire que je me tiens entièrement à votre disposition.

De l'intervention chirurgicale dans les cirrhoses hépatiques biliaires, par M. Pauchet (d'Amiens).

Rapport de M. P. MICHAUX.

J'ai à vous rendre compte d'une observation de M. Pauchet (d'Amiens) intitulée : « Cirrhose hépatique au début. Guérison par la cholécystostomie. Fistule biliaire persistante. Cholécystectomie sous-séreuse. »

Voici cette observation :

Il s'agit d'une femme de trente-trois ans, ayant quelques habitudes d'éthylisme, et souffrant depuis trois ou quatre ans de troubles dyspeptiques. Jamais de grossesse.

Il y a deux ans, au déclin d'une scarlatine, la malade éprouva des douleurs dans la région hépatique, sans vomissements ni aucun symptôme de rétention biliaire, même passagère. Depuis cette époque, la malade éprouva trois nouvelles poussées douloureuses dont aucune ne présenta l'intensité d'une colique calculeuse. A part un peu de subictère qui persista deux jours après la dernière crise, la malade ne put jamais faire supposer à son médecin, le Dr Castri (d'Ault, Somme), qu'il pût y avoir existé quelque arrêt passager dans la circulation biliaire.

Le 1er novembre 1899, notre confrère constata l'existence d'une masse débordant les côtes de plusieurs travers de doigt, qu'il pensa représenter soit le foie hypertrophié, soit une masse d'adhérences entourant la vésicule. La malade me fut adressée avec le diagnostic d'angio-cholécystite.

Quand je vis cette femme pour la première fois, en janvier 1900, je constatai que le foie était sensible à la pression et débordait les fausses côtes de quatre à cinq travers de doigt. La coloration des selles, des urines et de la peau était normale. Pensant qu'il s'agissait d'une angiocholite infectieuse probablement non calculeuse, je proposai à la malade de l'opérer cinq jours après. La veille de l'intervention, la malade présenta un accès très net de fièvre bilio-septique. La température atteignit 39 degrés pendant quelques instants.

Le 25 janvier, je fis une laparotomie verticale et latérale. Je tombai sur un foie hypertrophié, verdâtre et foncé. La vésicule, quoique distendue, présentait un volume normal. Je la ponctionnai et j'explorai à l'aide des doigts toute la partie intra-péritonéale des conduits biliaires. Cette exploration fut très facile car les canaux étaient très souples et aucune trace d'exsudats ne couvrait leur tunique externe. Par contre, le foie était couvert de néo-membranes témoignant d'une récente poussée de péri-hépatite. Je pratiquai une cholécystostomie.

Il s'écoula pendant les jours suivants 30 ou 40 grammes par vingt-quatre heures d'une bile très épaisse et brunâtre. Cette quantité s'accrut pendant une quinzaine de jours. A cette époque, la malade émit 200 à 250 et même 300 grammes par vingt-quatre heures d'une bile claire,

jaune et d'aspect normal. Trois examens bactériologiques furent faits, l'un le lendemain de l'intervention, l'autre le 8e jour qui suivit et le troisième la veille du départ de la malade, c'est-à-dire le 21e jour. Chaque fois le coli-bacille fut reconnu.

Trois mois après l'opération, la malade perdait encore de 60 à 70 grammes de bile par jour, ses digestions étaient parfaites, elle n'éprouvait plus aucune sensibilité sous l'influence de la pression hépatique. La recherche du coli-bacille resta négative. La malade avait engraissé de 10 livres.

Au mois de septembre, comme la fistule ne se fermait pas, la malade me demanda de l'en débarrasser. J'acceptai volontiers, car les conduits étaient aseptiques, le foie ne débordait les côtes que de deux travers de doigt et l'excrétion de la bile dans l'intestin montrait qu'il n'y avait aucun obstacle du côté de l'hépatique ni du cholédoque.

Le 10 septembre, j'opérai la malade. Une mèche de gaze fut introduite dans la fistule dans le but de distendre la vésicule et d'empêcher l'écoulement de la bile pendant l'opération. L'abdomen étant ouvert, je constatai que la coloration du foie était devenue normale. Comme la vésicule adhérait aux organes voisins, je pratiquai sa *décortication sous-séreuse*.

Cette séparation de la tunique interne du cholécyste se fit avec une grande facilité, grâce à la lamelle de gaze qui emplissait sa cavité et se voyait par transparence, comme les doigts de l'opérateur dans le sac de la hernie, au cours de la cure radicale.

Quand je crus être arrivé au niveau du canal cystique, je liai la petite masse pédiculisée, à l'aide d'un fin catgut ; puis je faufilai un cordon de bourse dans la tunique externe du cholécyste, immédiatement au-dessus de la ligature au catgut. La paroi abdominale fut recousue, et je laissai dans la plaie une petite mèche qui resta quarante-huit heures. Le 12e jour après l'opération, la réunion était complète.

Ce cas est à rapprocher des observations qui depuis huit ans ont été rapportées dans cette Société par MM. Terrier, Quénu, Le Dentu, Michaux, Lejars et H. Delagenière. La plupart des cirrhoses hépatiques ont débuté par une période d'angiocholite avec phénomènes d'infection plus ou moins aigus, subaigus ou torpides. La désinfection de l'arbre biliaire par le drainage vésiculaire peut arrêter les accidents avant que la sclérose n'ait détruit les éléments glandulaires du foie.

L'observation de M. Pauchet soulève une question de diagnostic et pose à nouveau un problème thérapeutique des plus intéressants.

Je serai très bref sur la question de diagnostic ou plutôt sur le titre, sur l'étiquette de cette observation : M. Pauchet l'a intitulée « Cirrhose hépatique au début » ; au point de vue pathogénique et réel, il a peut-être raison; cliniquement, je ne crois pas que la dénomination de cirrhose soit ici suffisamment justifiée.

Un foie volumineux, quelques troubles dyspeptiques vagues

observés depuis deux ou trois ans, quelques crises légères d'hépatalgie, dont la dernière seule s'est accompagnée d'un peu de subictère et d'un accès fébrile de courte durée, cela ne suffit pas pour justifier le diagnostic de cirrhose au début.

L'abdomen ouvert, M. Pauchet trouve, il est vrai, un foie volumineux, recouvert à sa surface de fausses membranes de périhépatite, mais les voies biliaires sont normales en apparence, la vésicule contient du liquide, mais son volume est normal, les canaux cystique, hépatique, cholédoque sont souples, il n'y a autour d'eux aucun indice d'un travail inflammatoire quelconque. M. Pauchet ne nous dit pas qu'ils soient dilatés; l'observation est également muette sur l'état de la rate et des ganglions pancréatiques.

L'examen bactériologique de la bile a été pratiqué à trois reprises différentes, le lendemain de l'opération, le huitième et le vingt et unième jour. Chacun de ces examens y révéla la présence du coli-bacille; il existait probablement avant toute intervention, il eût été intéressant de le constater par prise directe avant toute ouverture de la vésicule.

En résumé, tous ces caractères nous permettent bien de poser le diagnostic d'angiocholite infectieuse légère, ils laissent un doute sur le diagnostic de cirrhose hépatique au début.

Je sais bien que l'infection biliaire est une affection des plus complexes, qui se présente sous les aspects les plus variés depuis les cas les plus bénins jusqu'aux cas les plus graves, depuis les formes les plus simples, angiocholite catarrhale subaiguë ou chronique à peine accentuée jusqu'aux suppurations les plus graves (angiocholites suppurées, abcès miliaires et aréolaires du foie) et aux cirrhoses les plus accentuées. Mais, malgré les liens étroits qui relient entre eux les différents échelons de l'infection biliaire, il n'en est pas moins bon de conserver très nettes les distinctions établies, et pour poser le diagnostic de cirrhose, il faut je crois, un temps plus long, des troubles plus caractérisés, un examen clinique plus complet peut-être que celui que M. Pauchet nous a tracés de sa malade.

Cette légère critique d'étiquette n'enlève d'ailleurs aucun intérêt à la très belle observation de M. Pauchet. Sa malade paraît avoir retiré un très sérieux bénéfice de l'intervention pratiquée; elle a été très soulagée; le foie, qui débordait les fausses côtes de quatre travers de doigt au moment de l'opération ne descendait plus que de deux travers de doigt sept mois après l'opération; la bile ne contenait plus alors de coli-bacille, et la malade avait engraissé de dix livres. Le résultat final a donc été très satisfaisant, et il n'y a qu'à féliciter M. Pauchet du beau succès thérapeutique qu'il a

obtenu. L'intérêt de cette observation est en effet tout entier dans cette thérapeutique; permettez-moi de m'y arrêter un instant.

Pour mieux délimiter la question, je laisserai de côté les angiocholites infectieuses aiguës et les formes d'angiocholite où la lithiase biliaire joue le rôle principal, et je me bornerai à rechercher quels sont les résultats fournis par l'intervention chirurgicale dans les gros foies de certaines angiocholites chroniques légères et de cirrhoses hypertrophiques biliaires avérées avec ou sans ictère.

L'observation de M. Pauchet me paraît se rattacher à la première catégorie de ces faits; le peu que nous savons du rôle de l'infection biliaire dans la production de certaines cirrhoses ne permet pas, il est vrai, d'affirmer que les faits de ce genre sont des cirrhoses hépatiques au début, mais cette opinion est défendable.

C'est encore à cette catégorie encore mal définie de gros foies avec ictère que se rapportent les faits très intéressants de nos collègues Segond, Routier et Quénu, dans lesquels la guérison a été obtenue par la simple laparotomie exploratrice avec ou sans massage des voies biliaires.

Dans sa très intéressante thèse sur le traitement chirurgical de l'angiocholécystite, Longuet a divisé en deux catégories les faits de cirrhose hypertrophique biliaire qu'il nous reste à étudier :

1° Les cirrhoses hypertrophiques sans ictère.

2° Les cirrhoses hypertrophiques avec ictère ;

Notre collègue Quénu a le premier rapporté un beau cas d'intervention chirurgicale pour cirrhose hypertrophique sans ictère. Chez une malade qui souffrait cruellement du foie et qui avait de l'ascite, il a suffi à notre collègue de détruire des adhérences péri-hépatiques très étendues pour faire disparaître les douleurs et amener une guérison parfaite.

Au mois de juin 1896, à l'hospice d'Ivry, j'ai eu l'occasion de faire une opération un peu analogue chez un malade de trente-quatre ans, ouvrier brasseur, alcoolique, entré dans mon service avec un gros foie débordant les fausses côtes d'un travers de main et se plaignant de douleurs dans l'hypocondre droit, de digestions difficiles. Il y avait un peu de subictère des conjonctives.

La laparotomie exploratrice nous montra un très gros foie, de couleur foncée, avec des îlots plus clairs, et de gros ganglions pancréatiques à l'embouchure du cholédoque.

Cette adéno-mégalie a été signalée et bien étudiée par notre collègue Gilbert; elle n'est pas rare dans ces cirrhoses biliaires; M. Quénu l'a rencontrée comme moi au cours d'une opération pratiquée dans les mêmes conditions.

Des interventions plus complexes et plus intéressantes ont été pratiquées pour les cirrhoses hypertrophiques avec ictère.

J'emprunte à la thèse de Longuet, faite sous l'inspiration de notre collègue Quénu, les traits principaux des premières observations :

Obs. I. — Cas de Terrier (*Revue de chirurgie*, 1892, p. 577). — Cirrhose hypertrophique. Hypertrophie de la rate. Ictère chronique. Pas d'ascite. Cholécystostomie. — Observation recueillie par MM. Guillemain et Aldibert, internes du service. — Fillette de douze ans, atteinte depuis l'âge de neuf ans d'hypertrophie du foie avec crises douloureuses. A l'âge de onze ans, l'ictère apparaît, les matières sont décolorées, le ventre est distendu, sillonné de veines dilatées. Épistaxis pendant près de quinze jours. Notre collègue des hôpitaux, M. Gilbert, examine la malade, constate l'hypertrophie du foie et de la rate, l'absence d'ascite.

Opération le 22 décembre 1891, avec l'assistance de M. Broca. Cholécystostomie. La fistule biliaire s'est guérie spontanément le 1er mai 1892; l'état général se maintient, mais il n'y a pas d'amélioration de l'état local; le foie et la rate restent gros, l'ictère persiste avec décoloration des selles.

Obs. II. — Cas de Le Dentu (*Bull. Soc. anat.*, 1892). — Femme de trente-neuf ans. Ictère chronique. Gros foie. — On diagnostique obstruction du cholédoque de cause inconnue. Cholécystostomie. Mort le lendemain par hémorragie hépatique. L'autopsie démontre qu'il s'agissait bien d'une cirrhose hypertrophique. Ce diagnostic est confirmé par M. Cornil lors de la présentation de la pièce.

Obs. III. — Quénu, 1892. — Laparotomie exploratrice pour ictère chronique avec hypertrophie du foie et de la rate. — Enfant de quatre ans. La laparotomie montre l'hypertrophie du foie et de la rate; les voies biliaires sont normales. L'enfant ne retire aucun bénifice de l'opération.

Obs. IV. — Quénu (*Progrès médical*, 1895, n° 18, p. 290). — Homme de vingt-huit ans, adressé par M. Chauffard avec le diagnostic de lithiase biliaire du cholédoque. — Ictère chronique datant de près d'un an et demi. Hépatalgie avec irradiations douloureuses vers l'épaule droite. Foie volumineux. Rate grosse. Laparotomie exploratrice. Il n'y a rien dans les voies biliaires; « le foie est volumineux, un peu bosselé, dur; son aspect plaide en faveur d'une cirrhose ». — Aucun soulagement.

Obs. V, VI, VII. — Dans son travail sur le drainage des voies biliaires, présenté au 12e Congrès français de chirurgie, 1898, H. Delagenière (du Mans) rapporte trois observations plus discutables, dont la dernière est particulièrement intéressante :

Obs. I du mémoire (résumée). — Femme de trente ans. — Grande faiblesse générale, douleurs de l'hypocondre droit, dyspepsie. Gros foie cirrhotique. Hépatoptose. Hépatopexie et fistule biliaire temporaire. Fistule fermée spontanément au bout de trois semaines. Gué-

rison parfaite. Grossesse et accouchement normaux depuis cette guérison.

Obs. II. — Femme de trente-cinq ans. — Gros foie datant de quinze mois. Mauvais état général. Cirrhose et hépatoptose. Laparotomie, hépatopexie et fistule temporaire. Guérison de la fistule en quinze jours, Trois mois après son opération, « la malade paraît complètement guérie ».

Obs. III. — Cirrhose hypertrophique du foie avec ascite. Laparotomie. Fistule biliaire temporaire. Guérison. — Femme de trente-cinq ans. Cette malade présente tous les signes d'une cirrhose hypertrophique arrivée à la dernière période ; ascite, œdème des jambes, etc... Laparotomie exploratrice. Foie et rate énormes. Voies biliaires dilatées. Évacuation de l'ascite. Cholécystostomie. L'ascite ne reparaît pas. Amélioration rapide. — « La malade se rétablit progressivement au point de se considérer actuellement comme guérie. »

Obs. VIII. — J'ai eu moi-même occasion de faire une intervention de ce genre au mois de juillet 1896. — M. X..., cinquante ans, nous est adressé au mois de juillet 1896 par le Dr Thuvien (de Neuilly), pour un ictère chronique avec poussées fébriles et douloureuses datant de deux ans. Le foie et la rate sont volumineux; il y a de l'ascite avec tympanite, du développement du réseau veineux sous-cutané. Un état général grave. — La laparotomie nous montre un gros foie cirrhotique, verdâtre, avec péritonite sus-hépatique. La vésicule est molle, sans calculs. L'ascite est évacuée.

Je fais le drainage des voies biliaires par cholécystostomie. La bile renferme du colibacille ; au bout d'un mois, la fistule se ferme spontanément. — L'amélioration n'est pas douteuse ; l'appétit revient, les forces renaissent, la teinte ictérique disparaît.

Cet état est très satisfaisant jusqu'au mois de décembre. Le ventre se met alors à enfler de nouveau, l'ascite se reproduit et nécessite, le 29 janvier 1897, une ponction abdominale. Issue de 12 litres de liquide bilieux, jaune foncé. — A la date du 1er avril, le liquide ne s'est pas reproduit, le foie reste gros, il y encore des poussées fébriles. L'état général est redevenu médiocre.

L'intervention chirurgicale a consisté dans quelques-uns de ces faits en une simple laparotomie exploratrice (Segond, Routier, Quénu, Michaux).

Il est curieux de constater que ce sont ces faits qui ont fourni les plus beaux résultats, mais l'explication en est facile : quand les chirurgiens se sont bornés à une simple laparotomie exploratrice avec massage des voies biliaires comme nous l'avons fait, Routier et moi, ou avec libération des adhérences, comme l'ont fait Segond et Quénu, c'est qu'ils se sont trouvés en présence des cas les plus favorables.

Mais cette intervention simple n'est pas la règle, elle ne doit être que l'exception.

Le chirurgien peut exercer une action plus efficace de trois manières différentes : 1° la fistulisation cutanée des voies biliaires; 2° la cholécystogastrostomie; 3° la cholécystentérostomie.

Je ne crois pas que ces deux dernières opérations conviennent aux cas particulier que nous envisageons ici; la cholécystogastrostomie est une opération exceptionnelle, la cholécystentérostomie me paraît réaliser moins bien la décharge infectieuse que nous recherchons surtout.

M. Terrier, et après lui Quénu et Delagenière (du Mans) ont bien montré que l'intervention idéale était la fistulisation cutanée des voies biliaires, amenant le drainage de ces voies et produisant secondairement la décharge progressive des éléments infectieux contenus dans la bile.

C'est à la cholécystostomie qu'il faut recourir en laissant à la nature le soin de fermer la fistule biliaire quand cette décharge sera devenue suffisante. Il n'est pas sans intérêt à ce propos de faire remarquer que, malgré la présence d'éléments infectieux, d'ailleurs en voie régulière de diminution et de décroissance, certaines de ces fistules se sont fermées très rapidement en trois semaines ou un mois, comme dans les cas de Quénu, Delagenière, Michaux et Pauchet, tandis que dans d'autres faits la fistule a persisté pendant un temps très long, la bile restant infectée toujours, mais le nombre et la virulence des bacilles diminuant néanmoins régulièrement et progressivement. L'observation de M. Pauchet mérite à ce propos une dernière remarque.

Au bout de sept mois, notre confrère voyant sa malade en très bon état, et constatant par l'examen bactériologique que la bile ne renfermait plus de bacilles, s'est décidé à fermer la fistule et il a fait l'ablation du trajet fistuleux par une cholécystectomie sous-séreuse suivant le procédé de Doyen.

Je me demande si cette fermeture était bien nécessaire, s'il n'eût pas mieux valu laisser la fistule se fermer spontanément. Je sais bien que M. Pauchet a pris ses précautions, qu'il a constaté l'asepsie de la bile; mais pour ma part, j'aurais cru plus prudent de laisser la fistule se fermer spontanément.

L'avenir dira qui de nous deux a eu raison.

Il y a, dans ces résultats si différents, des faits très curieux qui laissent encore largement ouvert le champ des recherches et des observations nouvelles.

L'étude des résultats éloignés des diverses interventions que je viens de rappeler, permettra peut-être de résoudre quelques-uns de ces problèmes et de dégager quelques-unes des inconnues que nous avons signalées au cours de ce rapport.

C'est par l'examen de ces résultats que je terminerai.

Comme je l'ai dit plus haut, les résultats satisfaisants ont été obtenus dans les cas les moins graves, les plus récents, dans ceux où l'intervention chirurgicale a été réduite à sa plus simple expression.

Toutes les fois au contraire que les troubles étaient anciens et très accusés, les résultats ont été médiocres.

Tels sont les faits de Terrier, de Quénu et de Michaux.

L'état général paraît bien s'améliorer pendant quelque temps; l'ictère diminue; les accès bilioseptiques sont moins accusés ou disparaissent; on agit évidemment dans une certaine mesure sur l'élément infectieux, mais on ne modifie pas la sclérose. Il sera nécessaire d'apporter des faits nouveaux, plus longuement suivis et plus nombreux pour se prononcer d'une façon plus précise.

Est-ce à dire que dans ces cas l'intervention chirurgicale a été mauvaise et qu'il faille la rejeter? Je ne le crois pas. Je suis plutôt tenté de penser que nos interventions se sont produites trop tard, qu'elles ont été insuffisantes et trop tardives pour permettre aux cellules hépatiques déjà atteintes, de revenir à l'état normal, et à la cirrhose installée depuis trop longtemps de rétrocéder et de disparaître.

Cette discussion n'eût-elle d'autre effet que de bien établir ce point que je me féliciterais de l'avoir provoquée.

Je propose d'adresser des remerciements à M. Pauchet, et de l'inscrire dans un rang très honorable sur la liste des membres correspondants nationaux pour la prochaine élection.

M. Hartmann. — L'observation de M. Pauchet soulève deux questions : une de diagnostic, une de traitement.

Sur le premier point, je suis d'accord avec notre collègue Michaux : je crois que le diagnostic cirrhose hépatique est erroné et que chez une malade comme celle de M. Pauchet, on n'est pas en droit de dire cirrhose.

Sur le deuxième : La cholécystotomie pratiquée était-elle indiquée? on peut élever quelques doutes. Certes, le résultat final a été satisfaisant et nous devons enregistrer un succès opératoire. Mais l'opération a-t-elle été utile? Etait-elle nécessaire? C'est ce qui n'est pas démontré. Je ne vois pas dans ce cas à quoi a pu servir la cholécystotomie. Elle n'a pas servi à assurer l'évacuation de l'appareil biliaire, il s'évacuait normalement, et pendant les premiers jours on n'a pas vu couler par la fistule plus de 30 à 70 grammes de bile, soit presque rien, étant donné l'abondance de la sécrétion normale de la bile. Il n'y avait pas d'ictère, pas de décoloration des matières. La cholécystotomie n'était pas plus indiquée dans ce cas que ne le serait le méathypogastrique chez un

malade atteint de cystite légère et n'ayant aucun obstacle à l'évacuation de l'urine, ni lésion prostatique, ni rétrécissement de l'urètre. La malade aurait peut-être guéri de la même façon sans création de fistule biliaire. J'ai eu à traiter un cas absolument identique. Chez une femme ayant un foie énorme, quelques crises d'hépatalgie, j'ai fait une cœliotomie. Il existait des adhérences périhépatiques accompagnant l'augmentation de volume du foie. L'examen de l'appareil biliaire ne m'ayant rien montré de particulier, j'ai refermé mon incision sans faire la moindre manœuvre intra-abdominale. Ma malade a guéri. Le mois dernier j'ai eu l'occasion de la revoir, le foie a repris ses dimensions normales, la malade mange et digère bien, elle n'a plus souffert depuis l'intervention, qui remonte à six ans.

M. Michaux, dans son rapport, nous a du reste rappelé une série de cas analogues : le chirurgien n'avait rien fait ou s'était borné à déchirer quelques adhérences périhépatiques.

Aussi je me demande si, dans ces cas, la guérison est due à l'opération ou si elle ne dépend pas simplement de ce fait que, par suite de l'intervention, la malade a été tenue immobile, à une diète absolue, puis relative, lait, etc., si bien que le contenu intestinal s'est désinfecté, que le foie s'est décongestionné, et qu'à la suite du régime suivi il est revenu à son état normal. L'hypothèse est tout au moins plausible, et je crois qu'on a peut-être exagéré quelque peu l'importance de l'intervention dans certaines affections hépatiques.

Je ne suivrai pas mon ami Michaux dans tous les points qu'il a successivement abordés, cela me conduirait à passer en revue une trop grande partie de la pathologie du foie ; je désire cependant dire un mot de quelques-unes des questions qu'il a effleurées.

La guérison de l'ascite, qu'il a mentionnée à la suite de cœliotomies pour cirrhose, n'est pas le moins du monde la preuve que l'opération a agi sur la cirrhose du foie.

Dans cette affection, l'ascite, en dehors de la constriction par le tissu fibreux des ramuscules de la veine porte, peut reconnaître pour cause de légères poussées de périhépatite à forme séreuse, laquelle inflammation sécrétante guérit à la suite de l'ouverture de l'abdomen, tout comme certaines péritonites.

Sur un point encore je suis en désaccord absolu avec notre collègue, c'est lorsqu'il nous dit que les fistules biliaires ne se ferment pas lorsque la bile est infectée. Les faits que j'ai observés sont en contradiction absolue avec cette opinion. Dans certains cas où l'on n'a pu faire une suture de la muqueuse vésiculaire avec la peau, le trajet, même avec une bile infectée, a quelquefois

une tendance extrême à se fermer et l'on a de la peine à le maintenir perméable. C'est même là une cause possible du retour d'accidents dans des cas de vésicules infectées. Ce qui importe surtout au point de vue de la fermeture de ces fistules biliaires, ce n'est pas l'infection de la bile, c'est l'existence au niveau du cholédoque d'un obstacle à l'évacuation normale vers l'intestin.

M. Terrier. — Messieurs, la communication de M. Michaux, ou plutôt son rapport, n'est pas facile à argumenter, car il parle de toute la pathologie du foie et de la thérapeutique chirurgicale, de bien des affections regardées encore comme du ressort de la médecine.

Parmi les affections du foie justiciables maintenant de la chirurgie sont surtout les infections des voies biliaires.

En premier lieu, les angiocholites infectieuses. Que celles-ci soient ou non accompagnées de lithiase biliaire (calculs ou boue biliaire), l'indication acceptée par tous les chirurgiens est de dévier le cours de la bile par les voies naturelles directes, pour la faire passer par les voies accessoires, par la vésicule qu'on ouvre au dehors. On doit, dans ces cas, faire une cholécystostomie facilitant l'expulsion au dehors, par une fistule, de la bile contaminée et infectée. Ceci est devenu en chirurgie une véritable équation, mais dont la résolution n'est pas toujours facile, comme vous allez voir.

Quand la vésicule est grosse ou même de volume normal, rien de plus simple que de l'ouvrir et de la fixer à la paroi abdominale, voire même à la peau, comme je l'ai fait, pour conserver le trajet aussi longtemps que possible.

Plus la bile coule facilement, plus vite l'inflammation des voies biliaires se calme et les phénomènes fébriles infectieux disparaissent. Au début, vu le gonflement de la muqueuse des voies biliaires, cet écoulement peut être médiocre; mais à mesure que les phénomènes inflammatoires se calment, l'écoulement biliaire augmente et c'est bon signe.

Mais cette cholécystostomie n'est pas toujours facile à obtenir et surtout à maintenir.

Courvoisier nous a démontré et j'ai insisté sur ce point, que les altérations des voies biliaires accessoires dues à des calculs étaient fréquentes; que la vésicule calculeuse se rétractait et *s'atrophiait*. Or, beaucoup des malades atteints d'angiocholite infectieuse ont des calculs biliaires; tout d'abord les voies biliaires infectées donnent lieu à la formation de calculs ou de boue biliaire: puis l'infection augmentant, éclatent les phénomènes fébriles plus ou moins intenses dus à l'angiocholite infec-

tieuse, celle-ci étant subaiguë en quelque sorte ou très aiguë, selon probablement la nature de l'infection ou l'intensité d'action des microbes.

Quoi qu'il en soit, l'indication d'ouvrir les voies biliaires accessoires, en fait la vésicule, s'impose, mais combien de fois ne trouvez-vous pas une vésicule atrophiée, soit avec de la boue biliaire dans son intérieur, soit avec un ou plusieurs calculs peu volumineux!

Parfois même on ne trouve pas de vésicule, il n'en reste qu'un moignon cicatriciel. Cela m'est arrivé ce matin même, chez un homme, dont les troubles hépatiques (coliques) dataient de plus de dix ans.

Dans ce dernier cas, rien à faire, mais si l'on a une petite vésicule, on la draine à travers l'abdomen, tâchant de limiter le trajet du drain avec des sutures disposées sur l'épiploon. On résout donc le problème, la dérivation directe de la bile, mais pas pour longtemps, et quoi qu'on fasse, qu'on place ou non des laminaires, le trajet se ferme et votre drain est expulsé.

Pendant ce drainage, trop vite terminé, la bile s'écoule au-dehors et il semble que sa virulence s'atténue.

Messieurs, je dis il semble, parce que les faits paraissent le démontrer. Lorsque vous avez établi une fistule sur une vésicule fixée à la paroi et à la peau, la fistule reste presque définitivement ouverte. Notez que je parle des angiocholites infectieuses. Or, malgré ce que j'ai pu lire, pour mon compte personnel, je n'ai jamais vu la bile fournie par la fistule ne plus cultiver, même après plusieurs années. Aussi ne faut-il pas se hâter de fermer la fistule; une fois, je l'essayai, mais un formidable accès d'angiocholite survint et je dus rouvrir la vésicule. Cette dame a encore sa fistule et cela depuis trois ans.

Dans un autre cas, je fis aussi la fermeture, mais les accidents furent si rapidement septiques, que la malade mourut en quarante-huit heures. J'avais eu le tort d'intervenir trop rapidement.

Donc, pour moi, la bile une fois infectée par le bacterium coli ne peut retourner à l'état normal, comme d'ailleurs je l'ai constaté pour l'urine infectée par le même bacterium coli.

Toutefois, son influence septique peut s'atténuer et nous en avons la preuve quand dans nos cholécystostomies intra-péritonéales, le trajet vient fatalement à se fermer.

Alors Messieurs, ou bien la malade (car ce sont surtout des femmes dont je parle), ou bien, dis-je, la malade supporte cette fermeture lente sans trop de réaction, ou bien celle-ci se montre par accès, ou bien encore ces accès sont très inquiétants et s'accompagnent de frissons et de fièvre.

Cette année, une de mes opérées qui n'avait plus eu de ces accès depuis un an, a vu brusquement l'un d'eux reparaître mais durer quelques heures et avec fort peu d'ictère.

Que deviennent ces malades? La guérison se fait-elle complètement? *Je ne le sais pas encore exactement.*

C'est que, Messieurs, un élément vient encore jouer un rôle considérable dans cette question, élément dont on a à peine parlé en médecine et en chirurgie, comme me le faisait remarquer mon ami le Dr Rendu (de Necker). Si l'inflammation chronique développée par la lithiase détermine, comme tout le monde le sait, l'atrophie des voies biliaires accessoires, dans quelle mesure ne produit-elle pas l'atrophie des voies biliaires directes : canaux hépatiques, canal cholédoque?

La sclérose ne peut-elle aller plus loin et étouffer les cellules hépatiques, c'est alors que vous pourrez parler de cirrhose biliaire en connaissance de cause.

Jusque-là, ce terme est pour moi bien vague et ne répond à rien de précis, quoi qu'en dise mon ami et collègue Michaux.

Les altérations de la cellule hépatique, dans ces cas d'infection, se traduisent pour moi par une diminution de l'urée excrétée en vingt-quatre heures.

Tout récemment, j'opérai la même semaine deux hépatiques : l'un, jeune médecin, avait de l'angiocholite peu intense, avec des calculs biliaires de la vésicule et du cystique, mais il n'excrétait que 10 grammes d'urée en vingt-quatre heures.

L'autre malade, était une dame avec angiocholite des plus graves, les voies biliaires étaient en quelque sorte injectées de boue biliaire, depuis la vésicule atrophiée jusqu'aux dernières ramifications des canaux hépatiques. L'infection était aussi intense que possible, et la bile renfermait une abondante flore bactérienne, y compris des anaérobies lui donnant une odeur infecte. Seulement, la malade excrétait plus de 20 grammes d'urée en vingt-quatre heures.

Notre jeune confrère succomba très rapidement; cette dame est guérie. C'est donc là un symptôme important à signaler et surtout à vérifier.

Dans les maladies calculeuses des voies biliaires, — accessoires ou principales, — les indications opératoires sont bien connues, je n'y insisterai pas. Tantôt il faut enlever les calculs de la vésicule, du canal cystique ou du cholédoque, tantôt il faut enlever la vésicule enflammée, abcédée ou ulcérée.

Ces opérations sont classiques aujourd'hui, il n'y a plus à les discuter.

Mais il faut bien le dire, en dehors de ces cas bien définis, de

calculs de la vésicule ou du cholédoque, de cholécystite, d'angiocholite aiguë ou infectieuse, on a fait des opérations dans des cas bien mal déterminés, même médicalement parlant.

Ces opérations ont été tantôt exploratrices simples, tantôt avec résection d'adhérences hépatiques, tantôt enfin avec création de fistules biliaires.

Quels résultats a-t-on obtenus de ces diverses interventions? C'est, je vous l'avoue, bien vague pour moi. Je puis vous dire, dans cet ordre d'idées, que dans deux cas de cirrhose hypertrophique diagnostiqués par des médecins instruits, je n'ai obtenu aucun résultat appréciable.

Sera-t-on plus heureux? Je l'espère; mais il faudra pour cela encore nombre de recherches conduites méthodiquement par les chirurgiens en faisant avec le concours des médecins des diagnostics aussi rigoureux que possible, puis en les vérifiant autant que faire se peut, pendant l'acte opératoire, et après celui-ci, en suivant les opérés avec grand soin et longtemps ; des années même, comme j'ai pu le faire pour quelques-unes de mes malades, après des angiocholites infectieuses traitées par l'ouverture des voies biliaires accessoires.

M. Pierre Delbet. — J'envisagerai seulement quelques points du rapport si touffu de notre collègue Michaux.

Il est une partie de ce rapport qui m'a vivement frappé. M. Michaux, en étant venu à parler des obstructions biliaires, étudie les opérations qu'on peut leur opposer, la cholécystostomie d'une part et les cholécysto-entérostomies d'autre part, puis déclare qu'il rejette les dernières et n'admet que la première, la cholécystostomie.

Je ne puis admettre cette conclusion.

Les obstructions biliaires sont de plusieurs ordres; on peut en distinguer deux groupes principaux. Les unes, qu'elles soient calculeuses ou non, sont dues à l'infection, ou au moins les phénomènes infectieux y jouent un rôle prépondérant. Pour celles-là, l'hésitation est permise. Ma conviction personnelle n'est point encore bien faite, mais j'admets très bien qu'on préfère la cholécystostomie aux cholécysto-entérostomies. Dans les autres, les phénomènes infectieux ne jouent aucun rôle; elles sont d'origine mécanique, causées soit par une sclérose de la tête pancréatique, soit par un néoplasme du pancréas, de l'ampoule de Vater ou de la portion terminale du cholédoque. Dans ces cas, qu'on peut souvent reconnaître en s'appuyant sur les travaux de Courvoisier et sur ceux de M. Terrier, dans ces cas, pratiquer la cholécystostomie c'est condamner les malades à la fistule biliaire à perpétuité.

Au contraire, par la cholécysto-entérostomie, on leur donne une guérison durable s'il s'agit d'une de ces scléroses pancréatiques jusqu'ici mal connues, ou au moins l'illusion de la guérison lorsqu'il s'agit de néoplasmes. J'ai pratiqué plusieurs cholécysto-entérostomies dans ces conditions, quatre je crois, et tous mes malades en ont largement bénéficié. Deux d'entre eux ont été présentés à cette Société avant que j'en fusse membre et ont fait l'objet de rapports de mes amis Broca et Chaput. Ce qui faisait l'intérêt de ces observations, c'est que mes malades avaient été suivis assez longtemps pour qu'on puisse se rendre compte des résultats éloignés de l'opération. Or, chez aucun, il n'y avait trace de ces infections biliaires qu'on paraît craindre après la cholécysto-entérostomie. J'ai revu hier une malade à qui j'ai fait une cholécysto-entérostomie il y a dix-huit mois environ et une gastro-entérostomie il y a six mois. Chez elle non plus n'est survenu aucun accident infectieux. Voilà le premier point que je voulais toucher.

J'arrive au second. Mon ami Hartmann a émis l'opinion que les améliorations qui surviennent dans certaines affections hépatiques à la suite d'opérations exploratrices sont dues à l'immobilisation et au régime alimentaire qu'on impose aux malades après l'intervention. Que cette immobilisation, que ce régime, que ces soins particuliers jouent un rôle dans certains cas, c'est fort possible, mais je ne puis admettre qu'ils soient seuls en cause. Pour ma part, je suis profondément convaincu que la laparotomie exploratrice, que l'aération, si vous voulez, est capable de guérir certaines affections hépatiques comme elle guérit certaines formes de tuberculose péritonéale, et j'ai des faits qui le prouvent avec la plus grande évidence.

Il y a sept ou huit ans, j'ai opéré un enfant de six ans, qui était arrivé au dernier degré de la cachexie. Depuis des mois il ne quittait plus le lit. Il avait une ascite énorme qu'on avait vidée à plusieurs reprises. Le foie était triplé de volume. Le diagnostic le plus probable était celui de syphilis hépatique. Mais le médecin, qui connaissait toute la famille, m'affirmait qu'il ne pouvait être question de syphilis. Il ne restait que deux diagnostics possibles : kyste hydatique ou néoplasme, le second infiniment plus probable que le premier. Les parents, de pauvres gens de mon pays, insistaient pour qu'on ne laissât pas mourir leur enfant sans tenter tout ce qui était possible, si bien que je me décidai à faire une laparotomie. Le ventre ouvert, je trouvai un foie énorme et noueux avec de gros paquets ganglionnaires dans l'épiploon gastro-hépatique. Je refermai l'abdomen, convaincu que l'enfant allait succomber rapidement. Or, il a guéri et dans des conditions

telles que l'effet de l'acte opératoire ne peut être mis en doute. Ce fut une véritable résurrection ; le malheureux être, qui depuis des mois restait inerte dans son lit, voulait se lever avant même que j'eusse enlevé les points de suture. L'ascite ne s'est pas reproduite, le foie a rapidement diminué de volume. Pour tous ceux qui ont assisté à cette résurrection, il ne peut y avoir aucun doute, elle était réellement due à la laparotomie. Six mois après, l'enfant, complètement rétabli, avait une gomme sur le front. Il devenait évident que l'affection hépatique avait bien été de nature syphilitique. Mais heureusement, grâce à la conviction du médecin, le traitement spécifique n'a été donné qu'après l'apparition de la gomme, de sorte que l'observation reste très pure et très convaincante au point de vue de l'effet de la laparotomie.

Dans un second cas, il s'agissait d'un étudiant en médecine, M. Basile Sallard. Je puis le nommer, car il a fait de sa propre observation le sujet de sa thèse inaugurale. Il était entré à Laënnec dans le service de notre collègue Chauffard, alors que je remplaçais mon maître, M. Nicaise. Il souffrait de la région hépatique et présentait de grandes oscillations thermiques, 40 ou 41 degrés tous les soirs. Tout ce que l'on pouvait sentir, c'est que le foie était très volumineux et sensible. Le lobe droit descendait jusqu'à la fosse iliaque. Chauffard me pria de le voir. Espérant qu'il s'agissait d'un abcès ou d'un kyste hydatique suppuré, nous décidâmes de tenter une laparotomie. L'état du malheureux était très grave. Dès que le ventre fut ouvert, nous vîmes le foie énorme, d'un violet foncé et tout couvert de petites arborisations jaunâtres. Chauffard, qui assistait à l'opération, Chauffard, dont vous connaissez la compétence sur ces questions me dit : « Le malheureux a de l'angiocholite suppurée, il est perdu. » Avant de refermer le ventre, je fis deux ponctions qui ne ramenèrent que du sang. Nous étions convaincus que l'issue fatale ne se ferait pas attendre. Comme dans le cas précédent, c'est le contraire qui est arrivé. La température n'a plus remonté, l'euphorie s'est manifestée immédiatement, et la guérison a été rapide et complète. Là encore la relation entre la guérison et l'intervention ne pouvait être douteuse.

Mon troisième cas est moins net. Il s'agissait d'une dame que j'ai opérée à la maison Dubois, dans le service de mon ami Walther. Son foie était énorme. Le diagnostic posé par notre collègue Courtois-Suffit, diagnostic que j'avais accepté, était kyste hydatique. J'ai trouvé un gros foie d'une couleur jaune pâle très spéciale, mais sans aucun kyste. La malade s'est crue guérie ; mais ce qui rend son observation moins probante, c'est que nous l'avons

perdue de vue. M. Courtois-Suffit ni moi n'avons pu l'examiner et je ne sais pas quel est le volume actuel de son foie.

En tout cas, mes deux premières observations me paraissent pleinement démonstratives, et je suis convaincu, je le répète, que la laparotomie simple peut agir sur certaines lésions hépatiques comme elle agit sur certaines péritonites tuberculeuses.

J'en viens à l'observation de M. Pauchet. On a discuté pour savoir si sa malade avait ou n'avait pas une cirrhose. Je dois dire que je comprends mal cette discussion.

Savons-nous bien ce que c'est qu'une cirrhose? Avons-nous des éléments qui permettent de dire : « Tel malade a une cirrhose ; tel autre, bien que possédant un gros foie, n'en a pas? » En somme, on appelle cirrhose toutes les hypertrophies hépatiques d'origine irritative. Or, la malade de Pauchet avait un gros foie, sa bile contenait du bacterium coli, on ne peut donc pas lui reprocher d'avoir dit qu'elle avait une cirrhose.

Si mon ami Hartmann en discutant l'étiquette a voulu dire que rien ne prouvait que cette affection dût évoluer inévitablement jusqu'à entraîner la mort, s'il a voulu dire que peut-être elle aurait rétrocédé toute seule, c'est fort bien. Mais au point de vue nosographique, la discussion manque de base, puisque, encore une fois, personne ne peut actuellement donner une définition satisfaisante des cirrhoses.

Quant à l'intervention de Pauchet, je ne sais pas quelle en a été l'idée directrice, mais je me garderais bien de la condamner, car j'ai déjà fait sur cette question le raisonnement que je vais vous dire et qui peut-être n'est pas absurde.

Assurément nous ne savons pas grand'chose sur les cirrhoses, mais enfin nous avons quelques notions, ou au moins des opinions. Or, l'opinion universellement accréditée à l'heure actuelle, c'est que les cirrhoses sont des lésions d'ordre irritatif, j'emploie ce mot irritatif dans son sens le plus vaste.

La cause irritative peut être dans la teneur chimique du sang. Il se produit alors des cirrhoses veineuses contre lesquelles la chirurgie est et sera sans doute longtemps désarmée.

Dans d'autres cas, l'agent irritatif est dans la bile, ce sont des microbes : il se produit alors des cirrhoses biliaires. Dans ces conditions, ne se pourrait-il pas qu'en fistulant la vésicule, en faisant un large drainage biliaire, on diminue la septicité de la bile et qu'on rende service au malade, alors même que l'infection serait assez atténuée pour ne déterminer aucune élévation de température ?

Entendons-nous bien. Je ne dis pas que je vais me précipiter sur le premier cirrhotique que je rencontrerai pour lui faire un

drainage biliaire. Mais j'admets très bien que dans certaines circonstances, que d'ailleurs je n'ai pas rencontrées jusqu'ici, on soit autorisé à le faire. Je suis même tenté de croire que dans l'avenir le drainage biliaire mieux réglé pourra rendre des services de cet ordre.

M. Routier. — M. Michaux a cité une de mes observations, elle est déjà ancienne puisque la malade a été présentée par moi à l'Académie en 1890. Il ne s'agissait pas d'une cirrhose. La malade avait tous les symptômes d'une occlusion du canal cholédoque : ictère intense, vert bouteille. J'ouvris le ventre et ne trouvai rien. La vésicule se vidait sous l'influence de pressions. J'ai refermé le ventre et la malade a guéri. Il est probable que mes pressions sur la vésicule avaient simplement déplacé un bouchon muqueux du canal cystique ou du canal cholédoque.

Dans un autre cas, sur un malade qui m'était envoyé avec le diagnostic, que j'avais accepté, de péritonite tuberculeuse ascitique, je fis la laparotomie, évacuai une grande quantité de liquide et ne trouvai pas trace de tuberculose, mais bien ce que nous connaissions autrefois sous le nom de cirrhose atrophique; le ventre fut refermé, l'ascite se reproduisit; mais après un régime lacté absolu et dix ponctions pratiquées par mon interne, dans l'espace de trois mois, la guérison finit par être obtenue.

Présentation de malades.

Tumeur du sein droit traitée par les injections de sérum du Dr Wlaeff.

M. Paul Reynier. — Je vous présente une malade, âgée de quarante-quatre ans, toujours bien réglée, sans antécédents héréditaires; père mort d'apoplexie, mère morte paralysée, frère bien portant. Elle s'est mariée deux fois. Le premier mari est mort à la suite d'une bronchite aiguë. Son second mari est bien portant. Aucun antécédent personnel, si ce n'est une bronchite en 1872, dont on ne retrouve aucune trace.

Il y a douze mois environ, elle s'aperçut d'une petite grosseur au sein droit, dont elle attribua la genèse à un coup que son mari lui aurait donné involontairement.

Voyant que cette grosseur augmentait, elle vint me la montrer au mois de juin dernier. La tumeur, à ce moment, mesurait la dimension d'une mandarine. Après examen, trouvant la tumeur

bosselée, irrégulière, très peu mobile, un peu adhérente à la partie profonde, constatant des ganglions de l'aisselle, je crus devoir porter le diagnostic d'épithélioma intracanaliculaire.

La malade reculant à ce moment devant l'idée d'une opération, j'acceptai la proposition du Dr d'Hotman de Villiers, de la soumettre au traitement sérothérapique du Dr Wlaeff, dont j'avais pu, dans mon service, apprécier l'innocuité et les résultats encourageants.

Quand le traitement fut institué, la malade accusait une grande faiblesse, avec amaigrissement sensible, depuis le début de sa tumeur. La marche, disait-elle, était pénible; elle était vite fatiguée, et obligée de s'arrêter.

L'examen plus complet de la malade ne révélait cependant rien du côté des poumons, du foie, de l'estomac, de la rate.

Du côté du cœur, seul un léger trouble, caractérisé par un souffle de lésion au début, du côté de l'orifice aortique.

Urines normales. — Pulsations : 90. Température : 36°5. Respiration : 16.

Les injections de sérum du Dr Wlaeff furent faites par lui, tant à l'hôpital que chez la malade, très régulièrement pendant cinq mois, tout autour de la tumeur, dans le tissu sain du sein malade, aux dates suivantes :

La 1re injection le	. . . .	3 juin 1900.
2e —	. . . .	10 juin.
3e —	. . . .	17 juin.
4e —	. . . .	23 juin.
5e —	. . . .	3 juillet.
6e —	. . . .	11 juillet.
7e —	. . . .	19 juillet.
8e —	. . . .	29 juillet.
9e —	. . . .	11 août.
10e —	. . . .	25 août.
11e —	. . . .	14 septembre.
12e —	. . . .	5 octobre
13e —	. . . .	5 novembre.

Depuis le commencement des injections, la malade a senti ses forces augmenter de jour en jour.

Son poids, qui était au début de 96 livres, se trouve aujourd'hui de 103 livres; elle a donc augmenté de 3 kil. 1/2.

La malade accuse un bien-être, une force vitale, qu'elle ne ressentait pas. Elle marche sans fatigue, au point qu'elle a pu pendant trois jours se promener dans l'Exposition.

Les injections de sérum Wlaeff lui ont donc été utiles au point de vue général. Il en a été de même pour le point de vue local.

La tumeur a diminué très manifestement; elle est devenue complètement mobile, les ganglions de l'aisselle ont diminué, et paraissent normaux.

Si la tumeur n'a pas disparu, elle a changé d'aspect, et aujourd'hui nous affirmerions moins qu'au début l'existence d'un épithélioma. On peut même discuter le diagnostic.

Nous en aurons d'ailleurs le cœur net, car je propose à la malade, qui l'accepte, d'enlever cette tumeur, et je vous apporterai le résultat de l'examen histologique.

Si le diagnostic d'épithélioma se confirme, comme je le crois, il sera intéressant de se rappeler ce que les injections de sérum du Dr Wlaeff ont obtenu :

1° L'amélioration indéniable de l'état général;

2° La diminution de la tumeur, et l'arrêt de son développement progressif;

3° La tumeur étant devenue plus mobile, plus facile à enlever, nous aurions dans ces injections un traitement préparatoire, auquel on pourrait recourir avec avantage dans un certain nombre de cas.

Fracture de l'extrémité supérieure du radius.

M. Poirier. — Je vous présente un malade entré dans mon service pour une fracture de l'extrémité supérieure du radius avec renversement. On sentait la cupule immédiatement sous la peau. La radiographie confirmait le diagnostic. Après extraction du fragment osseux, la guérison fut obtenue en huit jours et vous pouvez voir que le coude a repris toutes ses fonctions. Chose curieuse, à la radiographie on ne voit plus trace de la lésion.



Présentation de pièces.

Torsion partielle de l'épiploon.

M. Michaux. — Je vous présente un cas de torsion partielle de l'épiploon dans un sac herniaire.

Lipome d'un doigt.

M. Potherat. — Je vous présente un lipome presque pur que j'ai enlevé ce matin, dans mon service, à un homme de soixante-neuf ans, cultivateur. Ce lipome constituait une tumeur arrondie,

saillante, du volume d'une mandarine, siégeant exactement au devant de la racine du médius de la main gauche. La tumeur avait débuté il y a quinze ans environ, un peu au-dessus du pli de flexion, au niveau d'un durillon fréquent à cet endroit chez les travailleurs manuels; elle avait progressivement grossi, sans déterminer ni réaction inflammatoire, ni douleur, ni gêne fonctionnelle autre que celle résultant de la présence de cette masse dans l'angle de flexion du doigt sur lequel elle s'était étendue jusqu'au-devant de la partie moyenne de la première phalange. La consistance était rénitente et même fluctuante, partout la même. Cependant, sur le côté latéral externe du doigt, il y avait là un petit prolongement qui fuyait par pression *en crépitant* à la manière d'une synovite à grains riziformes. J'ai enlevé la tumeur par une simple incision médiane, verticale; elle était partout très facilement énucléable, sauf au sommet, là où la peau épaissie représentait une sorte de durillon. En ce point, l'adhérence était très solide. Il y avait deux lobes séparés, un très gros, exclusivement digital, un autre plus petit, digito-palmaire. L'un et l'autre étaient développés dans le tissu cellulaire sous cutané, *sans connexion* autre que celle de voisinage, avec la *gaine synoviale tendineuse.*

C'est par ce point spécial que cette observation diffère de celle, toute semblable sur les autres points, qu'a rapportée jadis Follin. Elle en diffère cependant encore par ce fait que l'opération a été complète dans mon cas. Le malade de Follin a succombé, j'espère qu'un sort meilleur est réservé au mien.

Corps étranger de la vessie (tampon d'ouate) chez une femme enceinte (1).

M. Monod. — Jeune femme de vingt ans, pâle, blonde, lymphatique, ne présentant aucun des stigmates de l'hystérie. Une de ses sœurs est très nerveuse, sujette à des attaques d'hystérie convulsive.

Elle est enceinte de trois mois et demi. Elle entre à l'hôpital Saint-Antoine, le 9 novembre dernier, avec des phénomènes de cystite aiguë. Vives douleurs spontanées au moment des mictions, qui sont fréquentes et très pénibles.

L'urine est épaisse, striée d'un peu de sang, filante, répandant une forte odeur ammoniacale; elle contient manifestement du pus.

(1) D'après les notes de M. Mesnard, interne du service.

A l'examen direct, les grandes lèvres apparaissent tuméfiées, œdémateuses; les petites lèvres sont le siège de petites ulcérations. Le toucher vaginal est très douloureux; il est difficile d'atteindre le col. On constate cependant que le vagin est chaud, œdématié ; la paroi antérieure semble épaissie et présente sur la ligne médiane un renflement allongé en forme de saucisse, très sensible au toucher, qui paraît constitué par l'urètre enflammé lui-même (péri-urétrite). L'orifice urétral est légèrement entr'ouvert; lors d'un examen fait le 12 novembre, on aperçoit, engagé dans le méat, un petit filament blanc qui est retiré avec une pince. Ce filament semble être une simple incrustation phosphatique.

L'utérus dépasse le pubis et a le volume et la place qu'il doit avoir au troisième mois de la grossesse. La température et le pouls sont normaux.

La cystite constatée est considérée comme une cystite de grossesse, bien que son intensité étonne un peu.

On se contente de faire des injections boriquées avec une sonde molle, pour éviter à la malade les douleurs du cathétérisme métallique.

Tous ces phénomènes allaient en augmentant, lorsque, le 13 novembre au matin, la malade est prise d'une crise douloureuse plus intense que les précédentes; elle pousse des cris, pleure et s'agite.

A l'examen, on constate que l'orifice de l'urètre est occupé par une masse blanchâtre, que l'on saisit avec une pince et que l'on retire sans peine, mais au prix de vives souffrances.

Cette masse est celle que je vous présente, très réduite par la dessiccation. Elle avait au moment de son extraction la forme d'un cône très allongé, de 8 centimètres de long, de 8 centimètres de circonférence à sa base, de 5 seulement à son sommet; elle pèse 15 grammes, sa couleur est grisâtre avec des plaques blanchâtres dues à des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien. Elle répand une odeur infecte.

Elle est exclusivement constituée par de l'ouate roulée en saucisson.

Les douleurs ont persisté très vives pendant les trois jours qui ont suivi; l'urine ne peut être conservée et avec elle sont expulsés des débris sphacélés. Comme il s'échappe aussi par l'urètre des filaments de coton et des concrétions blanchâtres, on se demande si la vessie ne contiendrait pas un second tampon. Par l'urètre resté très dilaté, M. Monod peut introduire le doigt et pratiquer le toucher intra-vésical. Il trouve une vessie petite, rétractée, mais ne contenant plus aucun corps étranger.

Tous les jours la malade est envoyée au bain. On lui fait une

injection de nitrate d'argent à 1/2000. Son état s'améliore rapidement, l'œdème des grandes lèvres diminue, en même temps que son état général redevient excellent.

A la date du 18 novembre, elle est presque entièrement guérie et ne présente plus que de fréquents besoins d'uriner et un peu de sensibilité à l'hypogastre.

Il est probable que cette jeune femme a introduit ce corps étranger dans l'urètre dans l'intention de se faire avorter, croyant pénétrer dans le col de l'utérus (?) Elle s'est refusée à aucun aveu ; elle prétend que cette ouate a dû s'engager comme elle s'asseyait brusquement après l'avoir placée sur une petite plaie qui existait à la vulve (?).

Mon interne, M. Mesnard, s'est livré à de minutieuses recherches pour découvrir des faits semblables aux précédents.

Il existe dans la liste si complète et si variée de corps étrangers de la vessie dressée par Denucé une douzaine de cas où des bourdonnets de charpie, débris de coton, bouts de laine, de corde, etc., ont été découverts dans la vessie; mais le plus souvent chez des malades du sexe masculin (1).

On ne relève pour la femme — en fait d'observations de corps étrangers mous pouvant être rapprochées de la nôtre — que celle de Colot (1669) : femme opérée de la pierre ; une tente de charpie, grosse et longue comme le petit doigt, était au centre du calcul ; Colot pensa qu'elle n'était pas entrée dans la vessie par les voies naturelles, mais à la suite d'un abcès ouvert dans cet organe (?) (2) ; — ou encore celle de Civiale retirant à l'aide d'un lithoclaste, de la vessie d'une femme, un morceau de tendon (3).

(1) Denucé. *Mémoire sur les corps étrangers introduits dans la vessie*, broch., in-8°, Bordeaux, 1856; et Monod (Ch.). Art. « Corps étrangers », *Dict. encyclopéd., des Sc. médic.*, 1877, 1re série, t. XX, p. 619.

(2) Colot (Fr.). Tente de charpie trouvée dans un calcul, trente-quatre ans après le traitement d'une fistule à l'anus. *Traité de l'opération de la taille*, etc. Paris, 1727, in-12, p. 49.

(3) Civiale. *Traité pratique et théorique de la lithotritie*, Paris, 1847, p. 214.

Le Secrétaire annuel,

AD. JALAGUIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 28 NOVEMBRE 1900

Présidence de M. RICHELOT.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. FELIZET, qui, retenu à la chambre, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Une lettre de M. CARLIER (de Lille), qui demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant de la Société de chirurgie ;

4° Un travail de M. LETOUX (de Vannes), intitulé : *Corps étranger des voies aériennes. Trachéotomie.* Ce travail est renvoyé à une Commission. Rapporteur : M. TUFFIER ;

5° Deux observations de M. GIRON (d'Aurillac). L'une est intitulée : *Fibromes utérins gangrenés chez une femme de cinquante ans. Curettages répétés et ablation des fibromes.* L'autre concerne un cas de *Hernie obturatrice droite étranglée opérée et guérie.* Ces deux observations sont renvoyées à une Commission. Rapporteur : M. CH. MONOD ;

6° Le compte rendu de la section de Gynécologie du Congrès international de médecine tenu à Paris du 2 au 9 août 1900, offert à la Société de chirurgie par M. HARTMANN.

Décès de M. le professeur Ollier.

M. LE PRÉSIDENT prononce l'allocution suivante :

Je n'ai plus à vous apprendre la mort inattendue de M. le professeur Ollier (de Lyon). J'ai encore moins à vous apprendre la valeur de ce savant chirurgien, et sa grande notoriété en France et à l'étranger ; je n'insiste pas sur les regrets unanimes qui ont accueilli cette triste nouvelle.

Il a semblé à votre bureau, bien qu'Ollier n'ait pas été président de la Société de chirurgie, que nous ne pouvions nous dispenser d'honorer cette grande mémoire en interrompant momentanément nos travaux.

Après la présentation des malades et des pièces, je lèverai la séance.

Présentation de malades.

Ecrasement du pied compliqué de sphacèle gazeux, traité par les incisions profondes et les bains d'eau oxygénée. Guérison sans amputation.

M. Chaput. — Le malade que je vous présente est entré dans mon service en février dernier avec un écrasement grave du pied par une voiture pesamment chargée. Au moment où je l'examinai, le pied était tuméfié, noirâtre, avec des phlyctènes énormes recouvrant des plaques sphacélées étendues; à la limite de ces plaques on voyait une rougeur lymphangitique qui gagnait la région inférieure de la jambe. La palpation révélait une crépitation gazeuse manifeste, étendue à tout le dos du pied.

La plupart des orteils étaient broyés, ne tenant au pied que par les parties molles; les métatarsiens étaient brisés comminutivement, de telle sorte que le pied ressemblait à un sac de noix.

Le malade avait une température élevée et un mauvais état général; il était de plus éthylique. Je pensai tout d'abord que l'amputation était nécessaire, mais je m'en abstins en raison du mauvais état général du malade et du résultat hasardeux de l'opération.

Je me contentai de lui faire des incisions multiples et profondes sur le dos et la plante du pied ; je lui fis prendre deux fois par jour des bains d'eau oxygénée, et j'ordonnai des pansements humides à l'eau oxygénée.

Sous l'influence de ce traitement, le sphacèle se limita rapidement; je hâtai l'élimination des orteils et des fragments osseux par quelques coups de ciseaux, et bientôt la plaie bourgeonna activement.

Actuellement, le malade est presque complètement cicatrisé ; il a perdu tous ses orteils et la moitié du métatarse ; il persiste une petite ulcération difficile à guérir à cause de la pénurie des téguments, mais à laquelle il serait facile de remédier par des greffes de Thierch.

Le traitement par l'eau oxygénée nous a donné un résultat excellent en permettant de conserver le pied d'un malade qui semblait devoir perdre son membre et probablement aussi sa vie.

Amputation ostéoplastique de Bier.

M. Quénu présente, au nom de son interne, M. Duval, une jeune

malade qui a subi une amputation ostéoplastique de Bier par lambeau postérieur, avec radiographie. — M. Quénu, rapporteur.

Kyste hydatique du cou.

M. Routier. — Le jeune garçon de dix-neuf ans que je vous présente m'a été adressé pour une tumeur qui siégeait à la base du cou, à droite, qui avait le volume d'une prune; le sterno-mastoïdien, soulevé par la tumeur, paraissait rejeté en dedans; cette tumeur était indépendante du corps thyroïde; elle était fluctuante, mais ne présentait ni souffle ni battements.

Le début remontait à dix-huit mois; depuis quelques semaines, cette tumeur grossissait et provoquait des douleurs.

C'était un kyste hydatique, remarquable par son volume, car à l'état frais il avait bien le volume des deux poings. J'ai pu enlever la membrane en entier, et j'ai cru pouvoir me contenter de fermer l'incision, comme dans la méthode de P. Delbet pour les kystes de l'abdomen.

Ici, malheureusement, les tissus ne comblent pas aussi facilement les vides, et j'ai dû, le huitième jour, mettre un drain pour évacuer la sérosité qui s'était accumulée dans la cavité laissée libre par l'ablation du kyste.

Le malade est parfaitement guéri; je vous l'ai présenté à cause de la rareté du cas, et aussi pour attirer l'attention sur cette difficulté qui existait pour bien apprécier le volume de la tumeur.

M. Walther. — J'ai eu l'occasion de rechercher les observations de kystes hydatiques du cou au moment où je faisais l'article « Cou » pour le *Traité de Chirurgie* de Duplay et Reclus.

Ces tumeurs se développent dans le creux sus-claviculaire, soulèvent le sterno-cléido-mastoïdien, comme dans le cas que vient de nous citer M. Routier. Elles sont en rapport intime avec le faisceau vasculo-nerveux et parfois provoquent de la compression des nerfs, la compression et même l'oblitération de l'artère sous-clavière.

Justement alors que je rédigeais cet article, en 1890, j'ai observé à l'Hôtel-Dieu, dans le service de mon maître M. le professeur Tillaux, un kyste hydatique du creux sus-claviculaire gauche. La tumeur, soulevant le sterno-cléido-mastoïdien, faisait saillie dans le creux sus-claviculaire, se présentait avec tous les caractères d'une poche très tendue mais manifestement fluctuante.

Elle comprimait les nerfs et provoquait des douleurs très vives avec irradiation dans le bras. L'artère sous-clavière était comprimée aussi; il n'y avait de pouls ni à l'humérale ni à la radiale.

M. Tillaux fit une ponction qui donna issue au liquide caractéristique. La tumeur ne se reproduisit pas, mais le pouls radial ne reparut pas les jours suivants. L'artère sous-clavière était oblitérée.

Présentation de pièces.

M. Paul Thiéry présente les pièces suivantes :

Épingle à cheveux dans la vessie.

Épingle à cheveux en celluloïd, introduite dans la vessie par une femme de quarante-cinq ans se disant atteinte de rétention. Dilatation du canal de l'urètre. Extirpation du corps étranger avec une pince à forcipressure.

Bâton de chaise dans le rectum.

Bâton de chaise de 32 centimètres, introduit par un homme de cinquante-cinq ans dans son rectum (prétexte : constipation). Le corps a séjourné quarante-huit heures et a été extrait à l'aide d'une pince. Le doigt percevait l'extrémité inférieure à 5 centimètres de l'anus.

Sirène dans les voies digestives.

Sirène avalée par un enfant de sept ans et demi ; radiographie deux et quatre jours après. Constatation du corps étranger dans le cæcum. La sirène est évacuée spontanément, pendant la défécation, cinq jours après qu'elle a été déglutie.

M. Sebileau présente des corps étrangers de l'œsophage ; œsophagotomie externe, guérison. — M. Lejars, rapporteur.



Kyste hydatique de la langue.

M. Paul Segond. — La petite tumeur que j'ai l'honneur de vous présenter n'a d'autre intérêt que celui d'une pièce assez rare. C'est un kyste hydatique de la langue dont j'ai pratiqué l'ablation vendredi dernier, à la Salpêtrière, sur une femme de quarante-neuf ans. Déposée à froid dans l'épaisseur des muscles de la base de la langue, tout contre la muqueuse de la partie postérieure de son bord libre gauche, la tumeur, reconnue il y a deux ans, et grosse alors comme un grain de blé, s'est progressivement développée, sans aucune réaction inflammatoire ou douloureuse, et sans traduire sa présence autrement que par un peu de gêne dans les mouvements de l'organe.

Au moment de mon examen, la tumeur avait les dimensions

d'une grosse bille. Elle formait une saillie globuleuse qui déformait la moitié postérieure du bord gauche de la langue, sans déterminer de voussure appréciable, ni sur la face dorsale, ni sur la face inférieure de l'organe. Par la palpation, elle donnait la sensation d'un kyste, très régulièrement sphérique, fluctuant, et peu tendu. L'un de ses pôles bombait, comme je viens de le dire, sur le bord libre de la langue, et l'autre s'enfonçait dans l'épaisseur des muscles de l'organe, jusqu'à la ligne médiane. A son niveau, la muqueuse linguale ne présentait aucune altération appréciable. Elle était seulement comme amincie et décolorée, dans une très petite étendue, sur le bord de la langue, au niveau du point le plus saillant de la tumeur.

Ces quelques détails vous montrent que le diagnostic de kyste n'était pas discutable, et, comme cette petite tumeur siégeait en plein muscle, nous avons précisé davantage en admettant qu'il s'agissait vraisemblablement d'un kyste hydatique. J'en ai donc pratiqué l'extirpation au bistouri. Cinq fils de soie plate passés dans l'épaisseur de la langue, derrière la surface cruentée résultant de l'ablation, m'ont permis de réaliser, en un même temps, l'hémostase et l'affrontement des bords de la plaie. J'ai enlevé les fils ce matin, et la réunion est parfaite. Il ne reste plus qu'un peu de tuméfaction, et la guérison sera complète dans quelques jours.

Quant à la petite tumeur, c'est, comme vous le voyez, un kyste hydatique, et voici les résultats de l'examen pratiqué par mon chef de laboratoire, M. Claisse : « La tumeur, du volume d'une bille, est intra-musculaire. Elle est partout séparée de la muqueuse saine par une mince couche musculaire. Elle renferme un centimètre cube de liquide incolore, absolument limpide. La paroi est formée par une membrane (adventice) relativement épaisse (1 à 2 millimètres), très adhérente aux tissus périphériques, et dont la surface interne est lisse, brillante, blanche. Dans la cavité se trouve une membrane (proligère) mince, qui se détache spontanément de l'adventice ; elle porte, appendue à sa face interne, une petite vésicule translucide, avec parties opaques, blanches ; dans le liquide flotte, libre, une autre vésicule plus petite. On n'a pu découvrir de crochets d'échinocoque dans le liquide. » J'ajoute que, chez mon opérée, l'examen le plus attentif ne m'a révélé d'autre tumeur kystique en aucun point du corps. Ce fait prouve une fois de plus qu'on aurait tort de croire, ainsi qu'on l'a prétendu, qu'une hydatide ne peut se développer dans la langue sans qu'il en existe ailleurs.

Hernie appendiculaire crurale enkystée.

M. Demoulin présente une hernie appendiculaire crurale enkys-

tée. La pièce dont il s'agit a été recueillie sur une femme de cinquante-sept ans, opérée avec succès, il y a une quinzaine de jours, pour une volumineuse tumeur liquide de l'aine droite, dont le début remonte à dix-neuf ans.

Cette tumeur ovoïde avait son grand axe transversal, mesurant 20 centimètres, parallèle au pli de l'aine ; l'axe vertical avait seulement 12 centimètres. Elle présentait à sa partie supérieure un large pédicule, se dirigeant vers l'entonnoir crural. Elle ne communiquait pas avec la cavité péritonéale. On aurait dit une grosse hydrocèle scrotale, à parois inégalement résistantes, transplantée dans l'aine d'une femme.

Cette tumeur avait été ponctionnée deux fois depuis sept ans ;

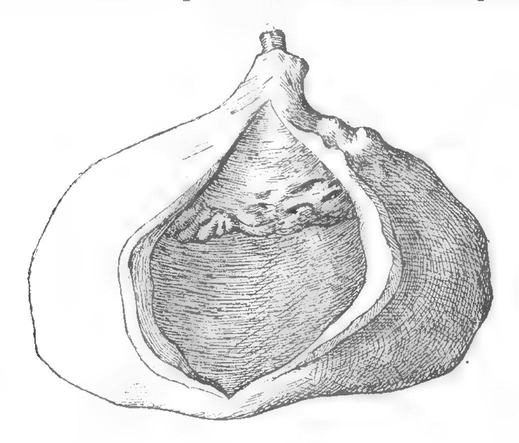


Fig. 1.

chaque ponction avait donné issue à 800 grammes environ de liquide citrin.

Le diagnostic porté fut : *Kyste sacculaire crural.* La tumeur, recouverte d'une peau mince, non adhérente, fut facilement disséquée jusqu'à son pédicule cylindrique, large de 2 centimètres environ, et qui s'enfonçait sous l'arcade crurale en dedans des vaisseaux fémoraux.

La section de ce pédicule, tendu par traction sur la tumeur, fut faite prudemment, à petits coups de bistouri. A peine la partie antérieure de ce pédicule était-elle ouverte, que le cæcum faisait hernie dans la plaie, ce qui était dû à une traction exercée sur l'appendice cæcal, qui faisait saillie dans le pédicule creux de la tumeur. Résection de l'appendice à sa base, après ligature à la soie, cautérisation ignée du moignon, fermeture du pédicule par deux points de suture à la soie. Suture au catgut du plan souscutané, de la peau au crin de Florence, réunion *per primam.*

La tumeur est examinée après l'opération. Fendue dans son axe vertical, elle laisse écouler 700 grammes environ de liquide séro-sanguinolent; ce liquide est contenu dans un premier sac, dont les parois, épaissies en certains points, fibreuses, mesurent environ cinq millimètres d'épaisseur, tandis que dans d'autres endroits, elles sont aussi minces qu'une pelure d'oignon.

Mais ce qui fait l'intérêt de cette pièce, nous semble-t-il, c'est la présence, dans l'intérieur du sac herniaire kystique ouvert, d'un second sac (fig. 1) chargé de graisse, surtout vers le fond, plongeant dans le liquide que contenait le premier sac.

Le deuxième sac ne renferme pas de liquide, ne communique pas avec le premier; il contient l'appendice cæcal (fig. 2), pâle,

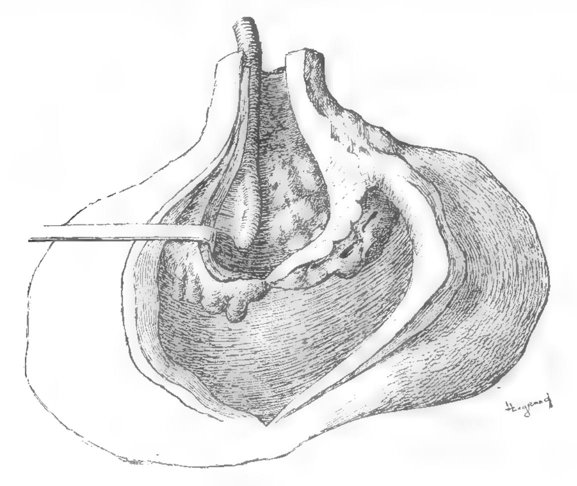


Fig. 2.

décoloré, mais de dimensions normales; il est relié à la paroi du sac par un méso bien développé. Il n'y a pas trace de péritonite dans le sac, et l'appendice, à part son aspect anémique, ne présente pas de lésions appréciables à l'œil nu.

Il s'agit en somme, ici, d'une variété de hernie enkystée, « hernie dans laquelle se trouve, en avant du sac herniaire, une cavité renfermant un épanchement séreux plus ou moins abondant et qui ne communique pas avec la cavité du sac herniaire » (Berger). Cette cavité est formée, dans notre cas, par un ancien sac herniaire déshabité, devenu kystique, par un kyste sacculaire, selon l'expression de Duplay, et dans ce kyste sacculaire a pénétré une seconde hernie survenue après la première.

Nous avons donc bien affaire à une *hernie crurale appendiculaire enkystée*, ainsi qu'a bien voulu nous le dire M. le professeur Berger, que nous remercions de nous avoir éclairé de ses précieux con-

seils, pour l'interprétation de la pièce que nous présentons à la Société, et qui nous a paru mériter son attention.

M. Berger. — Les kystes sacculaires ne sont pas rares à la région crurale, mais les hernies de l'appendice y sont beaucoup plus exceptionnelles qu'à la région inguinale. Je viens cependant d'en observer un cas chez une femme de cinquante ans. Une hernie crurale était sortie pendant la nuit et devenue irréductible. Je la vis le matin; elle était un peu douloureuse, bien que le cours des matières fût conservé; je l'opérai immédiatement; le sac contenait l'appendice étranglé et anémique, voué à une gangrène certaine. L'appendice fut réséqué et réduit sans avoir été enfoui dans le cæcum; la guérison se fit sans incident.

Présentation de radiographies.

Genu valgum double.

M. Walther. — La radiographie que je vous présente a trait à un genu valgum double chez un jeune homme de dix-huit ans que j'ai opéré vendredi dernier à l'Hôtel-Dieu.

Ce qui fait l'intérêt de cette radiographie, c'est qu'elle permet de localiser très nettement la déformation. La ligne claire du cartilage inter-diaépiphysaire est très nettement dessinée. Or, on voit que l'épiphyse n'est nullement modifiée. Toute la partie épiphysaire du condyle interne a sa forme normale, son volume habituel. La déformation porte uniquement sur l'extrémité de la diaphyse. Là on voit d'une façon très nette l'hypertrophie de la moitié interne de la zone qui confine au cartilage, d'où résulte le refoulement en bas de la partie correspondante de l'épiphyse.

On comprend très bien comment l'exagération de cette hypertrophie de la région interne de l'extrémité de la diaphyse peut déformer l'os au point de lui donner cette courbure en crosse dont M. Kirmisson a présenté, il y a plusieurs années, un très bel exemple à la Société de chirurgie.

Décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure du tibia.

M. Monod présente la radiographie de la jambe d'un petit garçon de quatorze ans et demi qui, à la suite d'un faux pas survenu dans une course rapide, s'est fait un décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure du tibia avec fracture consécutive du péroné sans déplacement au-dessus de la malléole.

Le Secrétaire annuel,
Ad. Jalaguier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE 1900

Présidence de M. RICHELOT.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. le Dr Léon IMBERT (de Montpellier), qui pose sa candidature à la place de membre correspondant ;

3° Un travail de M. LAFOURCADE (de Bayonne), intitulé : *Deux observations de chirurgie de l'estomac*. — Ce travail est renvoyé à une Commission. Rapporteur : M. ROUTIER.

A l'occasion du procès-verbal.

Arthrotomie dans les luxations anciennes de l'épaule.

M. NÉLATON. — M. Ricard vous a présenté un malade intéressant à un double point de vue : 1° Une arthrotomie avait permis de réduire une luxation ancienne de l'épaule. 2° Au cours de cette arthrotomie, M. Ricard avait fait une suture latérale de l'artère axillaire. C'est de l'arthrotomie seule que je m'occuperai :

M. Ricard vous présentait le résultat en le considérant comme satisfaisant ; je le veux bien ; mais je suis assez ami de M. Ricard pour qu'il me permette de critiquer un peu les fonctions du membre opéré. Son malade fait la flexion, porte le bras en avant à moitié, fait l'extension à moitié ; un peu de rotation en dedans, presque pas d'abduction, pas du tout de rotation externe.

M. Ricard a d'assez beaux résultats habituels pour que je me permette de lui dire que celui-ci est médiocre.

Et je lui fais d'autant plus facilement cette critique que je suis encore à voir un beau résultat d'arthrotomie pour luxation ancienne de l'épaule.

Personnellement, j'ai fait cette opération deux fois.

La première remonte à une date déjà éloignée, à 1889, époque à laquelle je remplaçais M. Perier à Lariboisière. Je fis à un homme de quarante ans, robuste, qui avait une luxation intracoracoïdienne de quatre mois de date, une arthrotomie, et, avec une peine extrême, je réussis à remettre la tête en place. Mon résultat fut analogue à celui de M. Ricard, c'est-à-dire que mon opéré, avec sa tête en place, resta avec des mouvements limités de l'épaule, et j'eus beau le faire masser, le faire mobiliser, les mouvements restaient fort limités lorsque je le perdis de vue.

Le second cas est de cette année même : j'opérai, au mois d'avril dernier, un homme de quarante-quatre ans ayant une luxation sous-coracoïdienne de trois mois, avec une impotence absolue de l'épaule.

Je dois dire que l'opération fut régulière et très simple : je découvris la tête luxée par une incision en T, dont la branche transversale suivait l'insertion deltoïdienne, dont la branche verticale, parallèle au sillon pectoro-deltoïdien, entamait le muscle. Cette tête fut dégagée de la gangue capsulaire qui l'enveloppait ; la glène fut débarrassée de la capsule qui l'encombrait et la tête facilement remise en place ; je la recouvris avec les débris de la capsule coupée et je suturai au-devant d'elle la section deltoïdienne. Le bras fut immobilisé pendant quinze jours, puis, au bout de ce temps, des mouvements furent communiqués. En fin de compte, après massages, exercices, mouvements pénibles à supporter, etc., l'homme s'en alla avec l'étendue de mouvements que vous avez vue à celui de M. Ricard. Je n'en ai plus entendu reparler. Je ne me rappelle pas, bien que je sois fidèle à nos séances, avoir jamais vu présenter ici un beau cas de réduction par arthrotomie ; c'est pourquoi j'ai une certaine défiance envers cette opération.

Je sais bien que mon observation personnelle est très petite ; je sais bien que les statistiques (en particulier, le relevé publié par M. Delbet dans les *Archives générales de médecine* de 1892) nous montrent un certain nombre de résultats déclarés bons et très bons. Sur vingt-cinq cas il y en a six très bons, et je dois m'incliner devant ces affirmations.

Mais ces faits appartiennent pour la plupart à l'étranger, et je dois avouer que je n'en ai jamais vu de semblables. Aussi je viens,

à propos du cas de M. Ricard, demander à nos collègues qui ont obtenu des résultats vraiment excellents, de nous les amener ici.

Cette question a je crois une certaine importance, car il y a, malheureusement, encore bon nombre de luxations qui ne sont pas réduites. Or, parmi les malades ayant des luxations non réduites, beaucoup, j'en ai vu au moins une dizaine, se servent bien de leur membre. Ils n'ont pas tous les mouvements ; l'abduction reste limitée, mais ils ont une mobilité très supérieure à celle qu'avait le malade de M. Ricard, supérieure à celle de mes opérés, au moins pendant les premiers mois.

Il n'y a donc pas lieu de faire l'arthrotomie pour ces cas-là.

Il en est d'autres, rares, chez lesquels le mouvement est très limité, l'usage du membre presque impossible.

Ce sont ces cas-là qu'il faut opérer. Mais comment leur donner les résultats très bons de l'arthrotomie? Le malade de M. Ricard n'a pas suppuré, les miens non plus, ils ont été mobilisés à partir du quinzième jour.

Je ne sais ce qu'on peut faire de plus, et cependant le résultat n'est pas égal à celui d'une résection de l'épaule.

Aussi, et c'est là ma conclusion, je désirerais examiner quelques cas excellents d'arthrotomie, savoir comment ils ont été obtenus, sinon, avec M. Championnière, je ferai à l'avenir la résection de propos délibéré pour les blessés qui avec une luxation non réduite sont très génés; pour les autres je ne ferai rien.

Ceci est dit bien entendu pour les luxations anciennes ayant plus de deux mois de date, car je crois l'arthrotomie absolument indiquée dans les premiers quinze jours, pour les rares luxations primitivement irréductibles, et, d'autre part, avant deux mois de date les luxations doivent être réduites par les méthodes non sanglantes.

M. Pierre Delbet. — Je partage l'opinion que vient d exprimer notre collègue Nélaton.

Comme il l'a rappelé, j'ai publié il y a huit ans un mémoire sur les luxations anciennes et irréductibles de l'épaule. Ce mémoire était basé sur une observation personnelle et sur une statistique où j'avais réuni la plupart sinon la totalité des faits publiés. Depuis, j'ai continué à m'occuper de cette question difficile. J'ai vu des malades, j'en ai opéré, et je suis de plus en plus convaincu que les résultats de l'arthrotomie sont médiocres. J'ai si peu de confiance dans cette opération que cet été j'ai refusé de la pratiquer dans des conditions qui étaient à la vérité assez particulières.

Il s'agissait d'un homme très musclé et assez gras qui était

entré à l'Hôtel-Dieu dans le service de clinique. Il avait une luxation sous-coracoïdienne très banale en apparence. Lors de son entrée, le soir, l'interne de garde avait fait sans réussir quelques tentatives de réduction. Le lendemain matin, le malade étant endormi, je fis appliquer en ma présence la méthode de Kocher par un élève du service. Il se produisit un ressaut, accompagné de craquements, comme si la luxation se réduisait. Avant de faire appliquer l'appareil, je voulus vérifier si la réduction était bien obtenue, et je fus stupéfait de constater que la tête humérale avait passé dans la fosse sous-scapulaire. D'antérieure, la luxation était devenue postérieure. Cette transformation qu'on observe assez souvent à la hanche, je ne l'avais jamais vue à l'épaule et je ne sache pas qu'elle ait été signalée.

Je fis alors exercer des tractions sur le bras, et en agissant directement sur la tête de l'humérus je réussis assez facilement à la rentrer dans la glène. Une écharpe fut appliquée avec le plus grand soin, mais le lendemain la luxation était reproduite, la tête avait repassé en arrière. Je fis une seconde réduction, à la suite de laquelle j'appliquai de mon mieux un appareil plâtré. Rien n'y fit, la luxation se reproduisit encore en arrière. Je pensai qu'il y avait une fracture de la glène, au moins un arrachement de son bord postérieur. Une radiographie montra qu'il n'en était rien. La cavité glénoïde, la tête humérale ne présentaient aucune fracture.

Ainsi, cette luxation était non pas irréductible, mais incoercible, sans que j'aie pu saisir la cause de l'incoercibilité.

Le malade réclamait une opération, je refusai de la faire. Pour maintenir la tête en place, il aurait fallu des sutures, soit sur la capsule, soit sur les muscles, et je pensai que la mobilisation et le massage lui donnaient autant de chance que cette opération de récupérer un bras utile.

Après les arthrotomies, voici ce qu'on observe en général. Les mouvements de propulsion et de rétropulsion sont suffisants, mais l'abduction reste en général très limitée et la rotation externe l'est encore davantage. Or, un bras privé de l'abduction et de la rotation externe est pratiquement presque inutilisable. Et ce résultat, c'est celui qu'on obtient avec des opérations aseptiques qui réussissent par première intention sans aucun drainage, qui permettent de commencer la mobilisation dès qu'on la juge utile, c'est-à-dire dans des conditions opératoires telles qu'il serait bien difficile de les améliorer.

Ainsi je suis disposé à accentuer encore les conclusions de mon mémoire d'autrefois. J'ai écrit dans ce mémoire qu'il faut faire la résection toutes les fois que les surfaces articulaires présentent la

moindre déformation ; toutes les fois aussi que la réduction offre des difficultés et qu'il faudrait pour l'obtenir pratiquer des sections ligamenteuses ou musculaires. Aujourd'hui je suis tenté de croire qu'il vaut mieux la faire dans tous les cas, mais j'ajoute que les indications opératoires sont limitées, car même avec une résection on n'est pas sûr d'obtenir un résultat parfait.

Quand dans une luxation ancienne de l'épaule le fonctionnement de la néarthose est, je ne dis pas satisfaisant, mais suffisant, je crois que le plus sage est de s'abstenir. Lorsque le fonctionnement est mauvais, l'intervention s'impose et je pense que dans ces conditions la résection économique donne au malade de meilleures chances que la réduction par arthrotomie.

M. Ricard. — En présentant mon malade, je n'ai eu d'autre but que de montrer ce qu'on peut obtenir après quelques semaines au moyen de l'arthrotomie appliquée à la réduction des luxations anciennes de l'épaule. C'est simplement un fait que j'ai voulu fournir au débat; car je suis loin d'être éclairé moi-même sur la valeur respective de l'arthrotomie et de la résection en pareil cas. Quant à mon opéré, je puis dire que son état paraît être en voie d'amélioration. Dans tous les cas, il a récupéré certains mouvements qu'il n'avait pas avant mon intervention. Je vous le montrerai à nouveau dans quelques mois.

Sur la cholécystostomie.

M. Lejars. — Je tiens à vous communiquer un fait qui n'est pas sans analogie avec l'observation de M. Pauchet; il s'agit, là aussi, d'une infection hépatique chronique, non calculeuse, au cours de laquelle la cholécystostomie a été suivie d'un résultat favorable, j'ajouterai même inattendu.

Ma malade, une femme de quarante-quatre ans, était, en effet, d'aspect très précaire, lorsqu'elle entra dans mon service, le 24 mai dernier : amaigrie, la peau jaunâtre, la langue sèche, sans appétit, sans forces, elle souffrait, depuis un mois, de douleurs vives dans l'hypocondre et le flanc droits. Les douleurs, profondes, contusives, permanentes, n'avaient jamais présenté le caractère de véritables coliques, elles ne s'irradiaient pas.

Ce n'était, du reste, que l'exacerbation d'un état douloureux qui durait depuis sept mois ; à ce moment, le ventre avait grossi, les fonctions digestives s'étaient altérées, et la malade, obligée de renoncer à tout travail, avait commencé à « dépérir ».

Tout cela s'était constitué peu à peu, sans brusquerie, et je répète qu'il n'y avait jamais eu, antérieurement, de crise douloureuse ; la santé était restée toujours bonne ; pourtant, un vomissement de sang noir s'était produit, il y a un an, sans que nous puissions avoir sur cet accident, peut-être prémonitoire, des détails précis.

Toujours est-il qu'à l'entrée de la malade, l'examen du ventre nous révélait ce qui suit : un météorisme très accentué, donnant lieu à une sonorité générale qu'on retrouve partout, même dans les fosses iliaques, et qui manque seulement dans une zone étroite, sous le rebord des fausses côtes droites.

A ce niveau, on reconnaît une masse irrégulièrement arrondie, ferme, sensible à la pression, mate, et dont la matité se continue, en haut, avec celle du foie ; cette masse est, d'ailleurs, mobile avec le foie ; par son siège, sa forme et sa consistance, elle donne tout à fait la sensation d'une vésicule distendue et en partie recouverte par une languette hépatique.

Nous croyons donc avoir affaire à une cholécystite calculeuse, et nous intervenons le 5 juin 1900.

Incision longitudinale sur le bord externe du droit. Une fois le ventre ouvert, nous sommes tout de suite frappé de l'aspect du foie, qui est gros, bosselé, dur, de couleur jaune chamois, et qui présente toutes les apparences du foie cirrhotique. En relevant son bord inférieur, qui dépasse le rebord costal, nous découvrons la vésicule : elle est de grosseur moyenne, de paroi grisâtre, peu épaisse, nullement adhérente. Incisée au niveau du fond, elle donne issue à une bile jaunâtre, claire ; elle ne contient aucun calcul, aucune trace de poussière biliaire ; le long du canal cystique et des gros canaux biliaires, dont l'exploration est aisée, nous ne trouvons aucune concrétion, ni aucune induration suspecte.

Le diagnostic de cirrhose nous paraît s'imposer, et nous prenons le parti de faire une cholécystostomie, pensant que le drainage biliaire aura peut-être quelque utilité et, tout au moins, contribuera à soulager la malade.

L'incision du fond de la vésicule est rétrécie à ses deux angles, et la partie moyenne est abouchée à la peau, de façon à constituer un orifice étroit.

Je note tout de suite que l'examen bactériologique de la bile, prélevée au cours de l'opération, a montré à mon ami le Dr Guillemot qu'elle renfermait en abondance du pneumocoque et pas d'autres microbes.

Les premiers jours qui suivirent l'intervention furent assez peu satisfaisants ; la malade restait très affaissée, la bile ne coulait

qu'en très petite quantité par la fistule; pourtant les douleurs s'étaient notablement atténuées. Au bout de quelques jours, le flux biliaire s'établit, et, dès lors, l'état général s'améliora progressivement. Vers la fin de juillet, l'opérée quittait l'hôpital, conservant sa fistule, et dans une situation qui, pour être meilleure, ne laissait pas espérer ce que nous avons constaté depuis.

Dans la première quinzaine d'octobre, notre malade nous revenait; elle avait engraissé, l'appétit et les forces étaient revenus, sa mine était excellente, ses digestions se faisaient régulièrement, elle n'avait plus de sensibilité dans la région hépatique ni en aucun point de l'abdomen. Elle nous demandait de fermer la fistule biliaire, qui fournissait toujours un écoulement abondant. Devant cette amélioration inattendue, je ne vis aucune raison pour maintenir plus longtemps le drainage de la bile, et le 16 octobre dernier, je pratiquai l'opération suivante. Incision dans la cicatrice, dissection du fond de la vésicule, qui est libérée sur tout son pourtour, en ouvrant le péritoine et en détachant une lamelle d'épiploon adhérent. Après avivement des lèvres de l'ouverture, la brèche vésiculaire est réunie par deux plans de sutures au catgut, le premier sur la muqueuse, décollée sur une petite étendue et rebroussée en dedans; le second, séro-séreux, sur les tuniques externes. La vésicule, ainsi reconstituée, est abandonnée purement et simplement dans le ventre. En haut, nous apercevons le tissu hépatique, qui nous paraît de coloration rougeâtre; il saigne bien, en tous cas, et la libération de la vésicule ayant entraîné une éraillure du foie, il se produit, à ce niveau, un suintement sanguin notable, qu'une lamelle aseptique suffit, pourtant, à arrêter. Réunion du reste de la plaie.

Tout se passa très simplement; la cicatrisation était complète dans les premiers jours de novembre et permettait à la malade de quitter de nouveau le service.

Il n'est pas douteux qu'il faille tenir compte, dans l'appréciation de ce résultat, du repos, du régime lacté, de l'hygiène, que la malade a suivi forcément, au cours de son hospitalisation; mais ces influences ne me paraissent réellement pas suffisantes à donner le pourquoi de l'amélioration considérable que j'ai observée; et, lorsque je compare l'état de la malade en juin, à son entrée, et celui dans lequel je l'ai retrouvée, après trois mois et demi de drainage biliaire, je reste convaincu que ce drainage a eu sa part indéniable dans le résultat et qu'il a exercé, sans aucun doute, une action positive et heureuse. Quel que soit le mécanisme exact de cette action, nous savons quels services il nous rend dans les angiocholites aiguës, et j'ai eu l'occasion, pour ma

part, de vous présenter, en 1897, un malade que j'avais opéré dans des conditions extrêmement graves, pour des accidents d'angiocholite infectieuse aiguë : la cholécystostomie avait fait tomber tous ces accidents, et, depuis lors, notre malade est resté guéri.

Ce que nous obtenons dans les infections aiguës des voies biliaires, pourquoi ne l'obtiendrions-nous pas, au moins en une certaine mesure, dans les infections chroniques? Il s'agit là, sans doute, d'une question neuve, sur laquelle nous manquons de documents, et d'une question évidemment fort complexe. Mais, sans chercher, à l'heure actuelle, à poser des indications, sans croire le moins du monde que nos améliorations ont la valeur de cures définitives, je pense que le drainage biliaire pourra être utile dans certaines de ces infections chroniques du foie, de ces cirrhoses au début, et ce que j'ai fait chez ma malade, sur un faux diagnostic de cholécystite calculeuse, je suis prêt à le refaire, de propos délibéré, dans les conditions que je viens de signaler.

De l'intervention chirurgicale
dans les cirrhoses hypertrophiques biliaires.

M. P. Michaux. — Mes collègues m'ont adressé le reproche d'avoir mêlé, dans le rapport que j'ai fait sur l'observation de M. Pauchet (d'Amiens), toute la chirurgie hépatique. Je ne crois pas mériter ce reproche, et il me serait facile de le retourner à mes argumentateurs qui ont, eux aussi, parlé de beaucoup d'affections hépatiques, depuis la lithiase biliaire que j'avais soigneusement écartée du débat, jusqu'à la syphilis du foie.

Je n'avais point d'ailleurs en vue une discussion sur la nature des cirrhoses hypertrophiques biliaires ; j'aurais été heureux de me tenir sur le domaine des faits, et d'apprendre de nos collègues le résultat des opérations qu'ils avaient pratiquées pour cette variété de cirrhoses.

J'aurais peut-être dû laisser de côté ces faits douteux de gros foies, qualifiés cirrhoses hypertrophiques et guéris par la simple laparotomie exploratrice, et je ne fais aucune difficulté pour convenir que le sujet eût ainsi gagné en clarté. Mais je me suis laissé entraîner précisément par les difficultés de séparer ces formes mal définies de celles que j'avais principalement visées.

Sans doute, comme l'a fait remarquer M. le professeur Terrier, nous ne savons pas exactement ce qu'est la cirrhose hypertrophique biliaire ; mais si nous ne connaissons pas absolument sa nature et ses limites, il me semble néanmoins que les beaux tra-

vaux de nos collègues en médecine, Hanot, Gilbert, Chauffard, ont bien établi l'existence et les caractères de ces cirrhoses.

Leurs recherches ont même été plus loin ; elles tendent à nous démontrer chaque jour, d'une façon plus positive, l'origine infectieuse de ces cirrhoses biliaires, et c'est précisément pour ce motif que je n'ai pas voulu en séparer ces angiocholites infectieuses subaiguës ou chroniques qui ne sont peut-être que le premier stade du processus scléreux.

Nous avons tous fait un reproche à M. Pauchet d'avoir donné à son observation l'étiquette de cirrhose ; je ferai simplement remarquer à sa décharge que cette dénomination ne figure guère que dans le titre de l'observation ; dans le texte, il n'est plus question que d'angiocholite infectieuse à marche lente.

J'arrive enfin à la question thérapeutique : notre collègue Hartmann a fait à M. Pauchet le reproche d'avoir ouvert, sans grande nécessité, les voies biliaires ; pour lui, l'indication de l'ouverture des voies biliaires réside seulement dans la rétention, dans l'obstacle à l'évacuation normale de la bile. En principe, la rétention biliaire est toujours l'indication par excellence de l'ouverture des voies biliaires, mais cette indication est peut-être trop étroite ; l'événement n'a pas donné tort à M. Pauchet : la bile était infectée, le foie volumineux, et l'ouverture des voies biliaires ainsi faite au début a donné de bons résultats.

La cholécystostomie dans tous les cas d'angiocholites infectieuses et de cirrhoses hypertrophiques biliaires a été considérée par tous ceux qui l'ont pratiquée comme étant l'opération de choix : Je ne suis pas seul de cet avis ; MM. Terrier, Quénu, Delagenière l'ont toujours conseillée et pratiquée.

Elle me paraît, au cas particulier, préférable en tous points à la cholécystentérostomie ; je n'ai rien dit de plus, et je n'ai jamais prétendu que cette dernière opération fût une mauvaise opération, comme mon collègue Delbet a cru le comprendre.

Le point le plus intéressant de cette discussion eût été de connaître les résultats éloignés des quelques interventions chirurgicales pratiquées jusqu'ici pour des cirrhoses hypertrophiques biliaires. C'est dans ce but que j'avais cru intéressant de grouper devant vous les faits de ce genre ; l'étude des observations apportées jusqu'ici par MM. Terrier, Quénu, Delagenière est restée à peu près muette sur ce point. Il semble bien que les résultats immédiats n'ont pas été très satisfaisants, mais le petit nombre de faits observés ne permet pas de poser des conclusions absolues. Je me bornerai à faire remarquer que ces interventions ont été toutes faites à une période très avancée de la maladie, après insuccès complet de tous les traitements médicaux, chez des ma-

lades ictériques depuis des mois et des années et arrivés au dernier degré de la cachexie.

Je puis, pour ma part, vous donner le complément très intéressant de l'observation personnelle que je vous ai rapportée (obs. VIII) à la fin de mon travail.

Ce malade, ictérique depuis près de deux ans, auquel j'avais pratiqué la cholécystostomie en juillet 1896 est aujourd'hui guéri de son affection hépatique; son foie est redevenu normal. L'alimentation est satisfaisante, sauf pour la viande, dont le malade n'use pour ainsi dire pas.

L'ascite ne s'est pas reproduite depuis la ponction pratiquée en janvier 1897; mais, depuis le mois de février de cette même année, il a été pris de rhumatisme infectieux généralisé. Ces crises ont duré près d'une année, elles ont amené, malgré toutes les tentatives de son médecin, une ankylose presque complète des genoux et des articulations temporo-maxillaires, et des difformités indélébiles.

En résumé, quelque imparfaits que soient les résultats obtenus jusqu'ici par l'intervention chirurgicale dans ces processus scléro-infectieux, ils ne me paraissent pas à dédaigner, étant données les conditions tout à fait désavantageuses dans lesquelles ils ont été acquis.

Je conclurais bien plutôt de ces faits à la nécessité d'une intervention chirurgicale précoce, permettant de combattre aussitôt que possible, par l'ouverture des voies biliaires, l'angiocholite infectieuse, cause probable de ces cirrhoses du foie développées autour des radicules biliaires. C'est précisément ce qu'a fait M. Pauchet et ce qui donne grand intérêt à son observation; il serait plus intéressant encore de savoir à longue échéance ce qui est advenu à sa malade.

M. Quénu. — Je ne prends pas la parole pour rappeler les observations que j'ai présentées il y a quelques années. Parmi ces observations, les unes concernaient des malades atteints de rétention biliaire complète; chez les autres, une certaine quantité de bile passait par le cholédoque. J'ai pu, dans ces derniers cas, par une laparotomie simple et sans ouverture de la vésicule, obtenir de véritables guérisons durables.

Je suis intervenu aussi au cours d'une véritable cirrhose hypertrophique dont l'observation est relatée dans la thèse de Longuet. C'était en 1892, à Cochin. Il s'agissait d'une cuisinière âgée de trente ans, un peu alcoolique. On sentait une tumeur fluctuante distincte du foie, siège de crises douloureuses. On avait pensé à un kyste du mésentère. On trouva, après ouverture, de la périto-

nite enkystée, des fausses membranes autour du foie, pas d'ascite. La malade, guérie opératoirement, fut envoyée à M. Gilbert, qui lui donna des soins médicaux. Je l'ai revue il y a quelques mois; son état s'est maintenu satisfaisant, mais, bien entendu, sa cirrhose persistait; on sentait encore des tubérosités dures à la face supérieure du foie. De sorte que je puis dire seulement que mon opération a guéri certains accidents de la cirrhose et non la cirrhose elle-même, dont la lenteur d'évolution est probablement due à l'hygiène et au traitement médical suivi depuis par la malade.

Communications.

Epithélioma du rectum. Obstruction intestinale complète. Abcès péritonéal et péricolique. Création d'un anus iliaque. Drainage abdominal. Guérison, par M. Sebileau. — M. Quénu, rapporteur.

Névralgie faciale. Résection du ganglion de Gasser, par M. Bouglé. — Le travail de M. Bouglé est remis à l'examen d'une Commission. — M. Gérard Marchant, rapporteur.

Du traitement chirurgical de la péritonite suppurée diffuse, consécutive à la perforation typhoïdique de l'intestin grêle,

par M. LOISON.

A la séance du 18 novembre 1896, de la Société de chirurgie, à la suite de la retentissante communication de M. le professeur Dieulafoy à l'Académie de médecine, *sur l'intervention chirurgicale dans les péritonites de la fièvre typhoïde*, M. Monod vous a rapporté l'observation détaillée d'un malade qu'il avait opéré et vous a également exposé les constatations nécropsiques qu'il avait pu faire, le sujet étant mort deux jours après l'intervention.

A cette occasion il a cherché à se rendre compte des résultats obtenus jusqu'alors par l'action chirurgicale, dans ces cas en face desquels la médecine reste à peu près impuissante, et il a relaté dans vos Bulletins l'historique de la question. Après avoir réfuté les objections diverses faites à l'intervention, il a conclu qu'elle

était justifiée et a indiqué la technique opératoire qui lui semblait être la meilleure.

A la même séance et à la suivante, MM. Routier, Brun, Lejars vous ont cité d'autres cas dans lesquels ils avaient également opéré, sans succès toutefois.

Vous savez combien relativement fréquentes sont les perforations intestinales dans la fièvre typhoïde. Dieulafoy, dans son *Manuel de pathologie interne*, mentionne, d'après Murchison, que pour les hôpitaux anglais, on trouve la proportion considérable de 80 perforations sur 412 autopsies, soit 19 p. 100, et pour les hôpitaux français et allemands, la proportion est de 116 perforations sur 1.300 autopsies, soit 9 p. 100.

D'autre part, toujours d'après Murchison, la péritonite qui se développe chez les typhoïdiques, et qui reconnaît généralement pour cause la perforation d'un segment de l'intestin, amène 95 fois sur 100 la mort, lorsqu'elle est traitée par les seuls moyens médicaux.

Je crois donc devoir rappeler aujourd'hui votre attention sur la question, et vous résumer l'histoire d'un malade que j'ai eu l'occasion d'opérer dans ces derniers temps.

Observation personnelle. — M..., âgé de vingt-quatre ans, soldat au 39e de ligne, entre à l'hôpital du Val-de-Grâce le 18 septembre 1900, dans le service de mon collègue et ami Ferrier. Il est malade depuis dix jours et présente tous les symptômes d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité.

Dans la nuit du 22 au 23 septembre, au 16e jour approximativement de la maladie, il est pris subitement, vers trois heures du matin, d'une vive douleur dans la fosse iliaque droite. La température, qui était à 38°5 le 15 au soir, monte à 38°6 le 16 au matin ; le pouls, antérieurement autour de 90, a subi une ascension rapide aux environs de 120.

23 *septembre*. — Les symptômes de péritonite, un peu douteux dans la matinée, se confirment dans la journée ; il n'y a pas de vomissements, mais le pouls reste petit et fréquent, la paroi abdominale présente de la contracture de défense et la pression est douloureuse dans toute la région hypogastrique ; il y a en outre de la rétention d'urine.

Dans l'après-midi, mon camarade Ferrier, qui a déjà eu dans son service plusieurs accidents analogues, me demanda d'intervenir chirurgicalement.

Opération à 6 heures du soir.— A la quinzième heure des accidents, sous le chloroforme, assisté de mon collègue et ami Jacob, je pratique une laparotomie médiane sous-ombilicale. Incision de 10 centimètres de longueur environ. Le péritoine ouvert, il s'écoule une grande quantité de liquide jaune sale, contenant des grumeaux blanchâtres en suspension ; pas de gaz, ni de matières fécales apparentes. Je saisis immédiatement la première anse grêle qui se présente, passe un fil repère à

travers le mésentère et dévide un bout qui se trouve être le supérieur, et me conduit assez rapidement sur des portions saines; je reprends alors l'autre bout, mais suis, après un certain chemin parcouru, arrêté par une résistance; je n'ose pas tirer trop fort de crainte de déchirer l'intestin, retire mon fil et me décide, après ces quelques minutes de perdues, à marcher droit au cæcum. J'y arrive rapidement et facilement; je l'explore par la vue et le toucher, ainsi que l'appendice; ils me semblent sains. Je saisis la partie inférieure de l'iléon, constate en passant la présence de plusieurs gros ganglions dans la partie correspondante du mésentère, et recommence à dévider l'intestin grêle, en allant cette fois sûrement de sa terminaison vers son origine. Je ne laissais jamais qu'une anse aussi courte que possible d'intestin dehors, mon aide rentrant le bout inférieur, à mesure que je tirais sur le bout supérieur; j'essuyais au fur à mesure le pus qui voilait la surface intestinale, et détachais doucement, par frottement avec une compresse, les nombreuses fausses membranes fibrino-purulentes jaunâtres qui tapissaient la séreuse et tranchaient sur sa coloration rouge sombre. J'arrivai enfin sur une perforation située à une distance de 40 à 50 centimètres de la valvule.

La boucle intestinale prolabée portant la perforation fut immédiatement cernée par un champ de compresses, saisie de chaque côté par les doigts de l'aide, et je me mis en devoir d'aveugler l'orifice, qui avait le diamètre d'une petite lentille. Une première suture en bourse à la soie fine fut placée, et pendant que je serrais le fil, l'aide, avec l'extrémité mousse d'une pince à forcipressure, déprimait vers l'intérieur de l'intestin les bords de la perte de substance. Par-dessus je fis cinq ou six points séparés à la Lembert, les fils de soie étant passés parallèlement au grand axe de l'intestin.

Je rentrai alors l'anse suturée protégée par une compresse et la fis maintenir au contact de la paroi abdominale, puis je continuai à dérouler un nouveau segment d'intestin, jusqu'à ce que je retrouve les parties explorées et nettoyées précédemment. Dans sa région inférieure, l'intestin présentait des tuniques fortement épaissies par infiltration, et à plusieurs endroits nous pûmes constater la présence de petites plaques ecchymotiques sous-séreuses.

Pour débarrasser le péritoine du pus qu'il contenait, j'eus recours à l'irrigation avec de l'eau boriquée, puis avec du sérum physiologique porté à une température telle que son contact me donnait une sensation de brûlure à la main. Je fis passer plusieurs litres de liquide dans la cavité, plongeant successivement l'extrémité du tube en caoutchouc au fond du petit bassin, dans les fosses iliaques et dans les flancs, entre la paroi abdominale et les côlons ascendant et descendant. Pendant le lavage je brassais légèrement les anses intestinales avec les doigts introduits dans l'abdomen. Je ne m'arrêtai que lorsque le liquide ressortit clair et en laissai dans le ventre la plus grande partie possible.

Le drainage fut établi de la façon suivante : la portion intestinale suturée étant maintenue vis-à-vis la plaie de la paroi, je plaçai une

mèche de gaze au-dessus d'elle, puis une autre au-dessous, plongeant par son extrémité inférieure dans le petit bassin. Je rétrécis de moitié environ l'incision, en suturant sa partie supérieure, relevai mes mèches, l'une vers la commissure haute de la plaie, l'autre vers son angle inférieur, puis plaçai au contact de la ligne de suture intestinale, visible entre les deux mèches, un gros drain roulé dans une compresse de gaze.

Pansement ouaté compressif sur le ventre.

L'opération dura 40 minutes environ, mais aurait pu être abrégée, si nous avions procédé comme nous l'indiquerons tout à l'heure.

Le malade fut reporté dans son lit chauffé, et on lui fit chaque quatre heures une injection sous-cutanée de 300 grammes de sérum.

24 *septembre*. — La nuit fut agitée, et il y eut quelques vomissements dus probablement au chloroforme qui cessèrent dans la journée.

La température est tombée à 36°,7, le pouls est à 130. Le malade ne souffre pas et se trouve assez bien. Je renouvelle la partie extérieure du pansement, qui est traversé par une certaine quantité du liquide de lavage laissé dans le péritoine.

Champagne, café, lait et glace à sucer. On continue les injections de sérum.

25, 26, 27 *septembre*. — La température remonte progressivement et reste au-dessus de 39 matin et soir dans la journée du 27. Le ventre se ballonne, mais est peu douloureux à la pression; je le recouvre d'un large pansement humide, qui est renouvelé matin et soir pendant plusieurs jours. Le drain fonctionne bien et laisse couler de la sérosité jaunâtre en assez grande quantité. Le malade urine normalement et a tous les matins une selle molle spontanée ou provoquée par un lavement glycériné. Pas de vomissements. Teinte subictérique de la peau et des conjonctives qui persiste pendant une dizaine de jours. Le pouls reste entre 120 et 130; il est régulier, assez fort. La respiration n'est pas très accélérée, mais un hoquet violent et continu jour et nuit empêche tout repos.

On coupe le lait avec de l'eau de Vichy et on pratique trois à quatre injections de morphine dans les 24 heures.

29 *septembre*. — L'état général s'améliore. Le hoquet est moins fréquent, mais le malade tousse un peu. Le pouls reste autour de 120, mais la température a baissé le matin.

Le ventre est moins tendu et moins sensible à la pression.

Je diminue la quantité de sérum injecté et commence à mobiliser les mèches de drainage et à enlever quelques feuilles de gaze.

30 *septembre*. — Le hoquet a disparu complètement; le malade a dormi la nuit et se trouve mieux. Le pouls reste fréquent.

Du 28 septembre au 7 octobre, la température baisse le matin pour remonter le soir, prenant le type rémittent de la période amphibole de la fin de la fièvre typhoïde. Le pouls restera aux environs de 120 jusqu'aux premiers jours de novembre.

A partir du 3 octobre, le pansement humide est remplacé par un pansement sec; les mèches sont retirées progressivement et on panse

à plat le 6 octobre. La plaie s'est désunie dans toute sa longueur; elle commence à bourgeonner et donne du pus crémeux en assez grande quantité.

Le 3 octobre, à la suite d'une injection de sérum mal faite, il s'est développé un emphysème sous-cutané et médiastinal étendu qui a failli amener l'asphyxie du malade.

Dans la suite, le ventre récupère progressivement sa souplesse, la plaie se rétrécit et l'épidermisation est complète le 25 novembre. L'alimentation solide a été reprise progressivement, et actuellement le malade mange le régime ordinaire et a des fonctions intestinales très régulières.

Telle est brièvement relatée l'histoire de la complication abdominale que nous avons eue à combattre et à la gravité de laquelle notre malade a eu la chance d'échapper.

Malheureusement pour lui, il a commencé à évoluer un drame en trois parties : l'acte typhoïdique initial et le second acte, abdominal, sont terminés; mais il est survenu une malencontreuse complication pleurale, dont le début remonte au 2 octobre et qui ne laisse pas de présenter une certaine gravité. Il s'est développé un empyème interlobaire gauche que j'ai ouvert le 21 octobre. La cavité ne se fermait pas, la fièvre avait reparu depuis quelques jours, et une résection costale nous a semblé nécessaire pour obtenir l'accolement des parois pleurales; l'opération a été pratiquée le 27 novembre.

Je ne fais que vous signaler ce troisième acte qui, je l'espère, sera le dernier et aura une terminaison favorable, me réservant de vous en entretenir lorsque le malade sera complètement guéri et que je pourrai vous le présenter.

Sans préjuger, comme nous venons de le faire, du sort ultérieur de notre patient, nous croyons donc pouvoir dire qu'il est actuellement guéri de sa fièvre typhoïde qui a débuté il y a 90 jours, et de la péritonite suppurée diffuse qui s'était développée consécutivement à la perforation de l'intestin grêle; la laparotomie a été pratiquée il y a 74 jours, et tout symptôme abdominal a disparu depuis longtemps.

Je passerai sous silence les commentaires suggérés par cette observation, me réservant de les développer dans un travail spécial qui sera publié incessamment dans la *Revue de chirurgie.*

Je me contenterai de vous soumettre la technique opératoire qui me semble devoir être employée dans les cas de ce genre, telle que je me la suis figurée d'après mes lectures, d'après l'observation de mon malade, et d'après quelques autres cas analogues, pour le traitement desquels j'ai assisté plusieurs de mes maîtres ou collègues du Val-de-Grâce.

Je considérerai exclusivement les cas dans lesquels la péritonite est diffuse et a pour point de départ une ulcération siégeant sur l'intestin grêle.

En intervenant, le chirurgien doit avoir un double but : aveugler la perforation et traiter la péritonite.

Le malade étant anesthésié prudemment au chloroforme ou à l'éther, ou mieux peut-être par l'injection lombaire de cocaïne, on pénètre dans la cavité péritonéale par une incision médiane sous-ombilicale de 10 à 12 centimètres de longueur.

Keen et Platt préconisent la laparotomie latérale droite, qui nous semble devoir être rejetée; l'anse perforée se trouve, il est vrai, généralement du côté droit, mais elle peut, dans certains cas, être située sur la ligne médiane et même du côté gauche; en outre, par l'incision médiane, il est plus facile de laver et de drainer convenablement les deux fosses iliaques et le petit bassin.

Il est inutile, à notre avis, de compliquer l'opération, en pratiquant deux ou trois incisions, une médiane, puis une au niveau de la fosse iliaque droite ou gauche, ou au niveau de chaque fosse iliaque, comme l'ont fait certains opérateurs.

a) *Recherche et suture de la perforation.* — L'abdomen ouvert, le chirurgien placé à la gauche du malade, fait écarter par un aide les lèvres de l'incision, examine les anses grêles qui se présentent, les sépare l'une de l'autre avec le doigt et éponge les liquides qui les masquent. Si la perforation n'est pas trouvée immédiatement, au lieu de passer un fil dans le mésentère de l'anse grêle la plus accessible et de dévider d'abord un bout, puis au besoin l'autre bout, comme nous l'avons fait, le mieux est de marcher immédiatement droit au cæcum. L'aide soulève la lèvre droite de l'incision, pendant que le chirurgien déprime avec la main les anses occupant la fosse iliaque de ce côté, les inspecte et les refoule doucement en bas et à gauche. Il contrôle l'état du cæcum et de l'appendice, saisit la terminaison de l'iléon, puis le dévide en remontant de bas en haut, ne laissant jamais dehors qu'un segment très court d'intestin, refoulant dans le ventre le bout inférieur à mesure qu'il tire sur le bout supérieur. Si l'on rencontre des fausses membranes fibrino-purulentes sur l'anse herniée, il faut les détacher au passage avec douceur, en frottant légèrement avec une compresse de gaze.

C'est généralement sur le premier mètre d'intestin examiné, et souvent assez près de la valvule de Bauhin, que l'on rencontrera la perforation. De chaque côté de la perte de substance les doigts de l'aide saisissent l'anse grêle dont la base a été cernée par un champ de compresses chaudes, puis l'on procède à la suture à la soie ou au catgut.

Faut-il pratiquer la suture perpendiculairement ou parallèlement à l'axe de l'intestin? La réunion transversale nous semble préférable dans la généralité des cas, exposant moins à produire un rétrécissement du conduit. Il est vrai que le rapprochement longitudinal, suivant l'axe de la plaque de Peyer malade, peut avoir l'avantage de comprendre dans la même suture deux points perforés voisins; il permet de consolider une plus grande longueur de paroi amincie au pourtour de la perforation, et l'aiguille peut piquer sur les côtés de la plaque de Peyer, en tissu sinon sain, du moins peu altéré. Dans certains cas l'état des lésions locales pourra nécessiter l'adoption de ce mode de faire; mais si l'on a le choix, il faut, nous le répétons, suturer transversalement.

La perforation sera aveuglée par un ou deux plans de sutures à points séparés à la Lembert; ou bien, comme nous l'avons fait, par une suture en bourse que l'on serre pendant qu'un aide, avec un instrument mousse, déprime vers l'intérieur les lèvres de la solution de continuité et que l'on recouvre par un plan à la Lembert.

L'avivement des bords de l'orifice conseillé et mis en pratique par certains chirurgiens allonge l'opération et n'a aucune utilité.

La suture de la perforation aux lèvres de l'incision abdominale, exécutée par Allingham (1), et la création, de ce fait, d'une fistule stercorale mucoso-cutanée, nous semble pouvoir être évitée, à moins de friabilité excessive de l'intestin sur une grande surface.

De même, la résection totale d'une anse grêle pratiquée plusieurs fois, dans le cas de perforations nombreuses et rapprochées, ou d'ulcérations confluentes et menaçantes, trouvera exceptionnellement son emploi. Après l'entérectomie, on réunira les deux segments de l'intestin bout à bout, ou latéralement, par la suture ou au moyen du bouton de Murphy. Gesselwitsch et Wanach (2) semblent avoir eu recours à la résection de parti pris dans plusieurs interventions ; ils ont enlevé jusqu'à 30 centimètres d'intestin. Les insuccès qu'ils ont obtenus n'encouragent pas à les imiter.

L'encapuchonnement de la ligne de suture à l'aide de l'épiploon maintenu en place par une ou plusieurs rangées de points séro-épiploïques (3) nous semble également superflu.

(1) *British med. Journal*, 17 mars 1894.

(2) *Mittheilungen aus d. Grenzgeb. d. Medicin und Chirurgie*, 1897, t. II, p. 32.

(3) Legueu, in *Thèse* Mauger, Paris, 1900, p. 108.

La suture terminée, l'anse malade, entourée d'une compresse repérée par une pince, sera rentrée et maintenue par l'aide au contact de la paroi. Il est alors prudent et avantageux de continuer à dérouler un nouveau mètre environ d'intestin, et même davantage, selon l'aspect qu'il présente ; on contrôle ainsi son état, on obture uue nouvelle perforation, si elle existe, on consolide les points faibles, on détruit les adhérences fibrineuses qui unissent les anses entre elles ou à la paroi pelvienne et circonscrivent des poches purulentes fermées, on essuie les fausses membranes qui se présentent. Tout cela se fait rapidement et n'allonge pas sensiblement l'opération.

b) *Toilette et drainage du péritoine.* — Pendant ces différentes manipulations, la plus grande partie du liquide épanché dans le péritoine a été évacuée en dehors. Pour éliminer le restant, certains conseillent de l'absorber à l'aide d'éponges ou de compresses aseptiques ; nous préférons avoir recours à l'irrigation pratiquée avec la solution de sérum physiologique à 50 ou 60 degrés, le bout du tube en caoutchouc du flacon laveur étant plongé successivement dans le petit bassin, les fosses iliaques et les flancs, en dedans et en dehors des côlons.

Pendant ce remplissage du péritoine, l'aide soulève fortement les deux lèvres de l'incision abdominale, tandis que le chirurgien brasse légèrement les anses grêles avec les doigts introduits dans la cavité. Ce mode de faire, qui nous a donné à plusieurs reprises d'excellents résultats dans les péritonites diffuses d'origine appendiculaire, est également de mise dans la circonstance ; toutefois, il ne faut pas oublier que nous sommes ici en présence d'un intestin malade, et il faut, en conséquence, que le brassage soit très léger.

Lorsque le liquide revient clair, on arrête l'irrigation, en laissant dans le péritoine la quantité de sérum qui ne s'écoule pas spontanément au dehors; elle sera en partie résorbée avec profit par le malade.

La meilleure manière de pratiquer le drainage nous semble la suivante qui a pour but de combiner un drainage de sûreté et un drainage d'évacuation.

Si la plaie pariétale n'a que 8 à 10 centimètres, on ne place pas de sutures ; si elle est plus grande, on la rétrécit par quelques crins de Florence comprenant les différents plans de la paroi. On recherche l'anse lésée, on enlève la compresse qui la recouvrait et on la maintient vis-à-vis le milieu de l'incision, ce qui sera généralement possible. Le bout d'une compresse de plusieurs doubles de gaze, dont les feuilles superposées sont séparables, est placé au-dessus d'elle, pour l'isoler des anses supérieures ;

une seconde compresse passe au-dessous du segment intestinal suturé et plonge dans le cul-de-sac de Douglas. Les extrémités libres de ces deux compresses ressortent réciproquement par les angles supérieur et inférieur de l'incision abdominale et sont rabattues l'une vers le haut, l'autre vers le bas. Entre les deux apparaît l'anse malade bien isolée par le canal formé par les deux compresses ; on applique alors à son contact la partie profonde d'une sorte de bouchon constitué par une troisième compresse roulée autour d'un gros drain en caoutchouc.

Si l'anse suturée appartenait à la portion terminale de l'iléon et ne se laissait pas attirer vis-à-vis l'incision médiane, on pourrait ouvrir dans la fosse iliaque droite et drainer par là ; mais cette complication opératoire nous semble inutile, car il suffira de prendre des compresses plus longues pour réaliser le drainage précité.

L'on voit que nous repoussons absolument la fermeture complète de l'incision abdominale, après la toilette du péritoine, quoique Wagner (1), Handfort et Anderson (2) l'aient fait avec succès. De même, la suture de la plus grande partie de la plaie, en ne laissant qu'un orifice permettant le passage de quelques drains en caoutchouc plongeant dans le bassin et les fosses iliaques, ne nous semble pas recommandable.

Avec le tamponnement-drainage que nous préconisons, et l'emploi d'un pansement ouaté bien serré par un bandage de corps, il n'y a aucune crainte de voir l'intestin venir faire hernie au dehors par la plaie opératoire.

c) *Soins consécutifs.* — Le malade, reporté dans son lit bien chauffé, sera soumis à la thérapeutique habituelle aux opérés de péritonite (injections sous-cutanées de sérum, d'éther, de caféine, champagne, glace à l'intérieur, etc.), en y apportant les modifications que peut comporter la fièvre typhoïde dont l'évolution n'est pas toujours terminée au moment de l'opération.

Le pansement sec ou humide, suivant les cas, sera renouvelé d'après les besoins, et les mèches de gaz retirées progressivement par dédoublements successifs.

Le traitement des complications qui pourront se produire, localement ou à distance, sera naturellement en rapport avec la diversité de ces dernières, dans le détail desquelles il serait superflu d'entrer.

(1) *Centralblat f. Chirurgie*, 1889, suppl., p. 66.
(2) *British med. journ.*, 1898, t. II, p. 220.

Présentation de pièces.

Lésion du plexus brachial par balle de revolver.

M. Potherat. — Le 18 octobre dernier entrait dans mon service à la Maison municipale de santé un jeune homme de 25 ans qui, un mois auparavant, avait reçu une balle de revolver.

Ce projectile avait frappé le thorax, à gauche, dans le quatrième espace intercostal, notablement en dehors de la ligne mamelonnaire, un peu au-dessus de la saillie inférieure du muscle grand pectoral. En ce point, une cicatrice caractéristique indiquait le lieu de pénétration; aucune plaie ou cicatrice n'indiquait un orifice de sortie; donc le projectile était resté inclus dans la poitrine ou dans les tissus.

Il n'y avait eu tout d'abord aucun accident, soit du côté du thorax, soit du côté du membre supérieur gauche; aussi le blessé, qui avait été transporté en chirurgie à la Charité, ne fut-il l'objet d'aucune intervention. On nettoya et on pansa la plaie, et le malade fut gardé en observation jusqu'au 12 octobre, jour où il reçut son *exeat*.

Mais aussitôt après sa sortie de la Charité, le jeune homme commença à ressentir des troubles du côté du membre supérieur gauche. Ce fut, au début, une sensation très pénible de piqûres douloureuses. Cette sensation se produisait par crises d'abord espacées, puis plus rapprochées, et se reproduisant de deux heures en deux heures. Les douleurs siégeaient au niveau du gras du bras, et à la face interne, au-devant de l'avant-bras, et jusque dans la main et les doigts, plus particulièrement dans la région hypothénar et les derniers doigts. En un mot elles paraissaient se faire sentir exclusivement dans le territoire du nerf brachial cutané interne et du cubital.

Bientôt le malade remarqua que si les mouvements en totalité du membre supérieur étaient conservés, certains mouvements étaient perdus, ou difficiles à exécuter : l'action de serrer un objet dans la paume de la main était devenue à peu près impossible.

Enfin l'avant-bras et la main prennent au repos une attitude particulière. L'avant-bras se met en demi-flexion, la main en pronation reste pendante. Toutefois, par un effort qui paraît considérable, le malade peut corriger cette attitude; il peut fléchir et étendre les doigts; il n'y a pas de griffe cubitale; l'opposition du pouce est possible mais elle est sans énergie; les muscles hypothénariens répondent mal à l'incitation volontaire. Un exa-

men détaillé des groupes musculaires permet en somme de constater qu'il y a une parésie dans les muscles innervés par le cubital et une prédominance de force dans ceux animés par le musculo-cutané, le médian et le radial.

L'exploration de la sensibilité corrobore les constatations relatives à la motilité ; dans toute l'étendue des régions douloureuses, au bras, au coude, à l'avant-bras, à la main et aux doigts, la sensibilité à la piqûre est ou bien abolie, ou bien très affaiblie.

De ces divers phénomènes, il était facile de conclure qu'il y avait une lésion probable d'une portion de l'appareil nerveux du membre supérieur, que cette lésion devait siéger dans l'aisselle, sur le plexus brachial, qu'elle devait enfin se rapporter au projectile reçu un mois auparavant, car rien dans les antécédents personnels ou héréditaires ne permettait de rattacher ces troubles moteurs et sensitifs à une autre cause. Donc le projectile avait dû traverser l'aisselle, sans toutefois léser les organes vasculaires, car on ne constatait ni modification du pouls comparé à celui du côté opposé, ni œdème; enfin l'exploration de l'aisselle ne montrait aucune tumeur pulsatile ou autre.

Mais alors, qu'était devenu le projectile? Je crus le sentir dans la fosse sous-épineuse, au dessus de l'épine de l'omoplate; il y avait là une induration particulière, et une douleur vive, localisée au palper, qui me parut démonstrative. L'examen radioscopique confirma ma manière de voir, ainsi que le montre nettement la radiographie que je vous présente. Donc la balle avait traversé la paroi antérieure de l'aisselle, l'aisselle elle-même, sa paroi postérieure et l'omoplate, sans déterminer d'autres accidents que des lésions du cubital et du brachial cutané.

Bien qu'elles n'indiquassent pas une section de ces nerfs, je pensai que ces lésions étaient suffisantes pour justifier une intervention que je pratiquai le 23 octobre, cinq jours après l'admission du malade.

Je fis dans l'aisselle, le bras étant dans l'abduction, une incision suivant la saillie des muscles coraco-brachial et courte portion bicipitale, comme pour la ligature de l'artère axillaire. Arrivé dans l'aisselle je trouvai d'abord un gros ganglion me masquant le paquet vasculo-nerveux. Le ganglion enlevé, le paquet commença à m'apparaître. Je vis d'abord la veine axillaire, tuméfiée, en bas, mais affaissée, flasque à la partie supérieure. Elle semblait comme enserrée en un point, où le doigt explorant sentait un gros noyau dur, nettement fibreux.

Je mis à nu, vers la base de l'aisselle, la veine, le nerf cubital, le nerf médian, l'artère ; puis je remontai en suivant ces organes vers le sommet de l'aisselle. Je pus voir très nettement que tandis

que le tronc du médian était libre jusqu'à ses deux racines, qu'étaient libres aussi le nerf musculo-cutané, la racine externe et l'artère axillaire, au contraire le nerf brachial cutané interne et son accessoire, le nerf cubital, et une petite veine venue du bord externe du paquet vasculo-nerveux pour se rendre dans la veine axillaire, étaient englobés dans un gros noyau fibreux, qui étreignait partiellement aussi la racine interne du nerf médian, tout près de sa réunion avec la racine externe, et la veine axillaire, dont le calibre se trouvait très diminué en ce point, d'où turgescence du tronc au-dessous, flaccidité au-dessus. Je libérai d'abord prudemment ce vaisseau, qui reprit un calibre suffisant pour que le bout supérieur se remplit pleinement, je liai la veinule qui traversait le noyau fibreux, enfin je libérai non sans de grandes difficultés les nerfs englobés dans le noyau fibreux ; je pus à chacun d'eux rendre son indépendance, tout en respectant sa continuité.

Je fermai enfin complètement la plaie axillaire. Au début de mon intervention j'avais extrait la balle au fond de la fosse sous-épineuse, contre l'omoplate, qui d'ailleurs ne présentait plus trace de la perforation subie. Voici ce projectile, il est d'un fort calibre, calibre 9, inusité dans les accidents de cette nature, et cependant il a pu traverser les organes essentiels de l'aisselle sans les léser gravement.

Les suites de mon intervention furent des plus simples. Au point de vue opératoire, aucun incident ne vint entraver la guérison ; au point de vue thérapeutique, la sensibilité était revenue dès le lendemain ; la motilité fut plus longue à reprendre son intégrité ; elle n'était pas encore entière quand le malade quitta mon service, le 25 novembre ; mais elle s'accroissait chaque jour et ne différait plus beaucoup de celle du côté sain.

Corps étrangers extraits de la synoviale des fléchisseurs des doigts.

M. Berger présente plusieurs corps étrangers extraits de la synoviale des fléchisseurs des doigts. Ces corps étrangers sont remarquables par leur volume, qui varie entre celui d'un haricot et celui d'une grosse fève ; ils sont au nombre d'une quinzaine.

Le malade était atteint d'une synovite des fléchisseurs présentant les caractères classiques de tuméfaction bilobée, proéminant à la face palmaire de la main et de la partie inférieure de l'avant-bras et de fluctuation s'accompagnant de la sensation caractéristique de crépitation ; mais celle-ci était beaucoup plus grosse qu'elle n'est d'ordinaire ; on ne l'obtenait qu'avec un certain effort.

et il semblait qu'au moment où elle se produisait, un corps volumineux se déplaçât en passant sous le ligament annulaire.

Le sujet d'ailleurs était manifestement tuberculeux, atteint en même temps d'une scapulalgie, d'épididymes tuberculeux et présentait les restes d'une ancienne pleurésie : on pouvait donc penser à une synovite fongueuse plutôt qu'à une synovite à grains hordéiformes. A l'incision, la synoviale se montra épaissie, vascularisée, mais nullement fongueuse. Les corps étrangers qui sortirent par l'incision étaient réguliers, ovoïdes, souples plutôt que durs et d'une coloration jaune; l'alcool, en les rétractant, leur a donné la consistance et la couleur blanche qu'on leur voit aujourd'hui. Le volume de ces corps étrangers explique les caractères particuliers qui signalaient la crépitation dans cette observation.

Calcul stercoral appendiculaire.

M. Berger présente encore un énorme calcul stercoral retiré de l'appendice d'un enfant de huit à dix ans, qui avait eu plusieurs poussées d'appendicite grave et qu'il a opéré à froid il y a une quinzaine de jours. Quoique la palpation la plus minutieuse ne fît découvrir aucune tuméfaction ni aucune sensation anormale au point de Mac Burney ni dans la fosse iliaque, on trouva le cæcum entouré d'adhérences; l'appendice, très volumineux à sa base, s'était sectionné spontanément; en arrière du cæcum, dans une cavité constituée par le fond de l'appendice, était le calcul stercoral, qui avait les dimensions de la dernière phalange du pouce (3 centimètres de longueur sur 2 de largeur et 1 centimètre d'épaisseur), il était très dur et entouré d'un foyer circonscrit de suppuration. L'appendice fut lié et extirpé, mais le moignon ne put être enfoui à cause des adhérences du cæcum; la cavité où était le calcul fut soigneusement curettée et drainée; le malade est aujourd'hui guéri. Il est étonnant qu'un calcul de ce volume, situé dans un foyer de suppuration entouré d'adhérences, n'ait pu être senti par la palpation.

Le Secrétaire annuel,

Ad. Jalaguier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 12 DÉCEMBRE 1900

Présidence de M. RICHELOT.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Un travail de M. BUSCARLET (de Genève), intitulé : *Abcès à distance dans un cas d'appendicite.* — Ce travail est renvoyé à une commission. Rapporteur : M. MARCHANT ;

3° *Du procédé de l'exclusion appliquée à la cure des cellules vésicales*, par M. POUSSON (de Bordeaux). — Travail lu en séance, par M. le secrétaire général.

A l'occasion du procès-verbal.

Perforation intestinale au cours d'une fièvre typhoïde. Laparotomie. Occlusion de la perforation. Mort.

M. MONOD. — A propos de l'intéressante communication de M. Loison, je dépose sur le bureau, pour qu'elle figure dans nos Bulletins, une observation toute récente de laparotomie pour perforation de l'intestin survenue, comme dans le cas de M. Loison, au quinzième jour d'une fièvre typhoïde. L'opération, faite quinze heures après le début des accidents, a été suivie de mort.

OBSERVATION (1). — B... (Ed.), âgé de dix-neuf ans, entre, le 16 novembre 1900, dans le service du Dr Siredey, à Saint-Antoine, pour une fièvre typhoïde bien caractérisée.

(1) D'après les notes de MM. Louis Leroy et Zadok, internes des hôpitaux.

Aucun antécédent ni héréditaire ni personnel à relever. La maladie a débuté douze jours auparavant. Journalier de son état à bord d'un bateau, le malade a brusquement eu froid, à ce moment-là. Le lendemain, il avait perdu l'appétit, il se plaignait d'une légère céphalée, de mal de gorge et d'un peu de diarrhée. Pas d'épistaxis, mais insomnie complète. Peu à peu les symptômes de fièvre typhoïde s'installèrent au grand complet et la diarrhée devint abondante. Pendant dix à douze jours, le malade se soigna chez lui, en prenant simplement du thé et du lait. Ce n'est que vers le douzième jour environ qu'il fit venir un médecin et, sur les conseils de ce dernier, il finit par entrer à l'hôpital.

On constate alors une température de 40 degrés le soir, de 39°6 le matin. Le pouls est à 95, nettement dicrote. La langue est blanche et saburrale au centre, rouge sur les bords; la palpation du ventre, à peine douloureuse, provoque du gargouillement; la rate est grosse. Pas de céphalée, l'intelligence est obtuse, l'abattement assez marqué. Les bains froids sont ordonnés et donnés toutes les trois heures.

20 *novembre.* — La température se maintient élevée et oscille entre 39 degrés et 40 degrés. L'état général est assez bon.

Le 24 *novembre*, dans l'après-midi, le malade se plaint un peu du ventre, il vomit une fois son lait. Le soir, à 5 heures, son état ne paraissait pas inquiétant : le ventre était un peu ballonné et douloureux, la température s'était abaissée à 37°8 et le pouls battait à 98.

A 9 heures du soir la température étant remontée à 40 degrés, on lui donna un nouveau bain. Après le bain, le malade devint brusquement plus agité, et se plaignit violemment du ventre. A 11 heures, il refusa de se laisser baigner; son état s'était alors considérablement aggravé : agitation extrême, facies péritonéal, pouls faible à 116; le ventre était plus ballonné, tendu, très douloureux, surtout à droite, avec légère matité dans les fosses iliaques. Pas de vomissements. On applique de la glace sur le ventre, on prescrit la morphine en injections sous-cutanées, on supprime les bains et les boissons.

Le 25 *novembre* au matin, l'état est plus grave; le malade est plus déprimé, le ventre extrêmement douloureux, avec matité plus nette vers les fosses iliaques et les flancs. Des vomissements porracés viennent s'ajouter à ce complexus symptomatique.

Le malade est immédiatement passé en chirurgie, salle Blandin, et opéré vers 11 h. 1/2, c'est-à-dire quinze heures environ après la perforation.

Opération. Laparotomie médiane. Un liquide louche, d'odeur fécaloïde, sort par la plaie; les anses intestinales sont rouges et parsemées de fausses membranes.

On va droit au cæcum, et très rapidement on découvre la fin de l'intestin grêle, et sur cette anse, à faible distance du cæcum, une petite perforation punctiforme par où s'échappe le contenu intestinal sous forme d'une goutte jaune.

La perforation est obturée par deux plans superposés de suture au catgut, en surjet, parallèles à l'axe de l'intestin.

On procède immédiatement à un grand lavage de la cavité abdominale à l'eau stérilisée chaude, et particulièrement du petit bassin. L'eau

ressort sale et odorante. On continue le lavage jusqu'à ce que toute trace de liquide pathologique ait disparu.

Au cours de ce lavage, le malade laisse échapper par l'anus un liquide diarrhérique, jaunâtre, très fétide.

Avant de refermer le ventre, on s'assure qu'aucune perforation appréciable ne se montrait sur la portion de l'intestin supérieure à celle où siégeait l'ulcération.

On place deux gros drains, plongeant dans ce petit bassin, à la partie inférieure de la plaie, qui est réunie en un seul plan dans presque toute son étendue.

L'opération n'avait pas duré plus de vingt minutes.

Le soir, la température est de 38°4 ; le pouls, un peu faible, marque 120 pulsations. L'agitation est assez marquée et le malade souffre du ventre ; la langue est particulièrement sèche. Une piqûre de morphine est ordonnée.

Le 26 *novembre*, au matin, la température s'est élevée à 40°8, le pouls reste sensiblement le même, l'agitation persiste, et l'on note un peu de délire. On refait le pansement, on injecte du sérum artificiel stérilisé par les drains abdominaux-pelviens. Le soir, même état, la température reste élevée à 40°6.

Le 27 *novembre*, on constate une légère amélioration, la température s'est abaissée un peu à 39°6, le pouls, quoique rapide, est moins affaibli. Le malade ne se plaint plus du ventre, l'agitation a disparu, mais l'intelligence reste obtuse.

On prescrit des lotions vinaigrées, et un lavement de 250 grammes est administré le soir.

Le 28 *novembre*, l'état s'est considérablement aggravé : le pouls, très rapide, est très faible, à peine perceptible, les extrémités sont froides, la langue très sèche, l'agitation est extrême. Le malade succombe à midi.

L'*autopsie* est faite vingt-quatre heures après la mort. On constate une péritonite généralisée : les anses intestinales sont agglutinées par des adhérences molles et jaunâtres, chargées de pus. En certains points, les adhérences commencent à s'organiser, mais il n'y a d'enkystement nulle part. On dévide l'intestin grêle, dont la surface dépolie est recouverte partout d'un exsudat purulent. L'iléon présente à peu de distance du cæcum une perforation allongée dans le sens de l'intestin mesurant 2 centimètres environ, et par laquelle s'évacue librement le contenu ocre-jaune de l'intestin. Aux deux angles supérieur et inférieur de la perforation, on remarque le catgut ayant servi à la suture, interrompu au niveau de la perforation : la suture a donc cédé en son milieu. On ne constate pas de nouvelle perforation.

L'intestin grêle incisé sur toute son étendue, le long de l'insertion mésentérique, est étalé : sa surface interne est pour ainsi dire ravagée par un grand nombre d'ulcérations absolument typiques, les unes comprenant toute la surface d'une plaque de Payer, les autres limitées à un follicule et arrondies. Quelques-unes sont tellement profondes qu'il ne reste plus que le péritoine d'intact.

Les autres organes ne présentent rien de particulier.

Rapports.

Inondation péritonéale par rupture d'une grossesse ovarienne probable, par M. le Dr Letoux (de Vannes).

Rapport de M. TUFFIER.

Nous admettons actuellement que les inondations sanguines du péritoine ayant pour origine les annexes sont provoquées par des grossesses extra-utérines rompues. Voici un fait qui montre qu'une autre origine est possible.

Il s'agit d'une femme de trente-quatre ans, qui, jusque-là bien portante et parfaitement réglée le mois précédent, fut prise subitement, le 25 août dernier, jour où devaient apparaître ses règles, de coliques violentes qui l'obligèrent à se coucher. M. Letoux, appelé le lendemain dans l'après-midi, vingt heures après le début des accidents, trouve une femme pâle, aux traits tirés, dont le pouls est petit, à 120, avec une température normale, et qui se plaint de ressentir de vives souffrances dans tout l'abdomen. Celui-ci est mou, mais mat à la percussion, donnant la sensation d'un « ventre bourré de coton ». Il est, d'ailleurs, impossible d'obtenir d'autres renseignements, soit de la malade, soit de son entourage : on apprend, cependant, que depuis la veille, elle n'a émis ni urine ni gaz et que, de temps en temps, les douleurs s'exaspèrent et provoquent des vomissements bilieux.

La femme entre à l'hôpital le soir à 9 heures. A ce moment, le pouls est incomptable. La sonde ne ramène pas la moindre goutte d'urine. S'agit-il d'une rupture de la vessie ? Se trouve-t-on en présence d'une appendicite perforée ? d'une lésion annexielle quelconque ? Ce qu'il y a de certain, c'est que la femme est mourante et qu'il faut intervenir. Pour ne pas s'infecter les mains, M. Letoux ne pratique ni le toucher vaginal, ni le toucher rectal, qui auraient peut-être pu éclairer le diagnostic.

La malade est étendue sur la table d'opération, anesthésiée très superficiellement (chloroforme) et *laparotomisée*. En même temps on commence, à l'aide de la seringue de Roux, des injections sous-cutanées de sérum artificiel qui seront répétées pendant toute la durée de l'opération. Le ventre ouvert, M. Letoux s'aperçoit qu'il s'agit d'une inondation péritonéale : les anses intestinales nagent au milieu de caillots et de sang liquide. Celui-ci monte en flots du petit bassin. Épongeant rapidement, M. Letoux va droit aux annexes : à gauche, il ne trouve qu'un kyste ovarien du volume d'une mandarine qui se rompt sous ses doigts et qu'il repère aussitôt avec une pince ; à droite, il rencontre un second

kyste, plus petit (volume d'une amande), et immédiatement en dehors l'ovaire, qui est largement déchiré d'avant en arrière suivant son bord supérieur et qui saigne abondamment. Pincement et ligature des pédicules annexiels. Ablation des annexes. L'utérus, absolument normal, est laissé en place. Nettoyage et asséchement parfait de la cavité péritonéale. Fermeture de la paroi en un seul étage avec drainage, dans l'angle inférieur de la plaie, à l'aide d'un drain métallique fenêtré contenant une mèche aseptique. Pansement aseptique. Durée totale de l'intervention : vingt minutes.

Les *suites opératoires* furent des plus normales : le douzième jour, on enlevait les fils; le vingtième jour, la malade se levait. Depuis, elle n'a jamais cessé de bien se porter.

L'*examen histologique des pièces* enlevées, fait par le Dr Perroyon, a donné les résultats suivants (je cite textuellement) :

La trompe *gauche* présente, au voisinage du pavillon, une légère dilatation ; une coupe, pratiquée à ce niveau, ne montre absolument rien d'anormal. Les parois des trompes ne présentent pas d'épaississement, l'épithélium est normal, et, en aucun point, on ne trouve trace de quoi que ce soit qui ressemble à des villosités placentaires. La trompe *droite*, examinée en deux points différents (bien qu'elle ne présente pas de lésions macroscopiques), ne donne également aucun résultat. Différentes coupes sont pratiquées sur des fragments des deux ovaires, fragments prélevés au voisinage de la partie déchirée. Sur chacune des coupes on voit de nombreux follicules de de Graff à différentes stades de leur évolution. Au voisinage des points où l'ovaire s'est rompu, le parenchyme est infiltré de sang sur une assez grande étendue. C'est sur la partie libre et convexe de l'ovaire que s'est produite cette déchirure, et, en ce point, il semble qu'on aperçoive une paroi qui serait, sans doute, celle d'un follicule kystique. Ce qui ferait songer à cela, c'est qu'en d'autres points, sur diverses préparations, on aperçoit d'autres follicules plus volumineux qu'à l'état normal.

Réflexions. — Ces faits d'hémorragie par rupture d'un follicule de Graff sont relativement rares. Il ne faut pas, cependant, les rejeter au profit exclusif de la grossesse extra-utérine. Voici, en effet, le résultat de quelques recherches à cet égard :

Depage et Gottschalk (1) rapportent des faits semblables. Le mémoire de Gottschalk est particulièrement intéressant, il porte

(1) *Ann. de la Soc. belge de chir.*, 1898, nº 1 ; *Deut. med. Woch.*, 10 décembre 1896, p. 805.

sur six faits. Dans cinq de ces cas, on trouve de gros kystes folliculaires remplis de sang; de gros vaisseaux sillonnent leurs parois; dans le sixième cas, la malade présente tous les signes d'une grossesse extra-utérine avec inondation péritonéale, et on trouve une rupture d'un kyste folliculaire sans trace de grossesse ovarienne ou tubaire. Dans le cas de Depage, le fait est plus curieux, les signes d'inondation péritonéale survenant chez une jeune fille sont tels que l'on pense à une péritonite par perforation ; la laparotomie montre l'abdomen rempli de sang : on croit à une rupture du foie, et on trouve, en fin de compte, une déchirure et une hémorragie de l'ovaire.

J'ai cru devoir signaler ces faits à propos de notre discussion actuelle. Ils montrent que la grossesse extra-utérine n'est pas le facteur univoque des inondations péritonéales d'origine annexielle.

Je vous propose de voter des remerciements à M. le Dr Letoux, et je vous demande de vous rappeler ce travail lors de nos nominations au titre de correspondants nationaux.

M. Pierre Delbet. — J'ai observé un cas qui n'est pas tout à fait du même ordre que ceux dont notre collègue Tuffier vient de nous parler, mais qui prouve aussi que les inondations péritonéales ne sont pas toujours dues à des ruptures de grossesse extra-utérine. Ce cas, je l'ai observé, il y a longtemps déjà, lorsque j'étais interne de mon maître le professeur Trélat, à une époque où je faisais beaucoup de dissections du bassin.

La malade dont il s'agit succomba très vite après son entrée à l'hôpital, de sorte que je n'ai pas d'histoire clinique à vous raconter. Mais voici ce que j'ai constaté à l'autopsie.

L'abdomen était complètement rempli de sang. Après avoir enlevé tout le liquide, je constatai que les annexes, trompes et ovaire des deux côtés, étaient absolument sains. Mais le ligament large du côté droit était très distendu par un volumineux hématome qui avait décollé le péritoine jusque dans la région lombaire. Sur la face postérieure de ce ligament, existait une petite déchirure du péritoine. J'ouvris le ligament et, après avoir enlevé les caillots, je pus constater qu'une veine intraligamenteuse était rompue.

Il est facile, d'après ces constatations, de reconstituer la série des phénomènes. Il s'est produit d'abord une rupture d'une veine du ligament large; le sang s'est épanché sous le péritoine en le décollant, formant un vaste hématome ; puis, sous l'influence de la distension, le péritoine s'est rompu et le sang, pouvant alors

s'épancher dans la cavité péritonéale, l'hémorragie est devenue assez considérable pour entraîner la mort.

La cause de l'hémorragie paraît donc avoir été une altération d'une veine, et le cas rentre ainsi dans le varicocèle ovarien, jadis étudié par le professeur Richet et Devals.

Quoi qu'il en soit, cette observation prouve, comme celles que Tuffier nous a rapportées, que les inondations intra-péritonéales mortelles ne sont pas toujours dues à des grossesses extra-utérines.

Nouveau procédé rapide d'hémostase du foie,

par M. Chapot-Prévost, professeur à la Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro.

Rapport par M. C. WALTHER.

Il y a un mois environ, M. Chapot-Prévost vous a lu un mémoire sur ce sujet et vous a présenté une fillette de sept ans et demi, moitié survivante d'un monstre double thoraco-xiphopage opéré par lui le 30 mai dernier. L'histoire complète de ce monstre double, Maria-Rosalina, a été consignée par M. Chapot-Prévost dans une observation très documentée et fort intéressante qui a fait à l'Académie de médecine l'objet d'un rapport de M. Porak.

M. Chapot-Prévost a limité exactement le travail qu'il nous a lu à l'étude du procédé employé par lui pour assurer l'hémostase, après la section du très large pont de substance hépatique compris dans l'adhérence qui unissait les deux fillettes.

Voici dans quelles conditions a été décidée et pratiquée l'opération :

Par l'examen de radiographies dont l'interprétation avait été confirmée, disait-on, par des radioscopies répétées, on avait cru pouvoir conclure à l'indépendance viscérale des deux organismes et l'intervention semblait devoir se borner à la section de la peau, de quelques brides musculaires et aponévrotiques et du pont cartilagineux formé par l'union des deux appendices xiphoïdes.

Le 23 juillet 1899, M. Chapot-Prévost, confiant dans les renseignements qui lui avaient été fournis, tentait l'opération ; mais, après les premières incisions, il se trouva en présence d'un large pont de foie et s'empressa, nous dit-il, de refermer la plaie, sans avoir même eu le temps de songer à l'exploration de la région unissante. Les chirurgiens qui assistaient à l'opération émirent l'avis que toute intervention entraînerait fatalement la mort des

deux fillettes, parce que l'union des deux foies était si intime qu'ils semblaient n'en former qu'un seul et que, par les procédés connus d'hémostase du foie, on ne pourrait se rendre maître de l'hémorragie des deux côtés.

C'est alors que M. Chapot-Prévost entreprit une série d'expériences à la suite desquelles il fixa son choix sur le procédé qu'il nous a décrit.

Ce procédé consiste essentiellement dans la transfixion du foie et des deux lèvres de l'incision de la paroi abdominale par des fils doubles qui sont noués de chaque côté sur des rouleaux de gaze aseptique, prenant ainsi point d'appui sur les téguments et permettant d'exercer, au degré voulu, une compression régulière sur la portion du foie située immédiatement en arrière de la surface de section.

L'auteur procède de la façon suivante :

Des rouleaux de gaze sont préparés, longs de 6 centimètres, épais de 2 ; ils sont en leur milieu ceinturés par les deux extrémités, solidement nouées, d'une longue anse de soie plate n° 4 ou 5, ou de fort catgut.

L'incision cutanée est faite à 1 centimètre au-dessous du rebord costal et parallèlement à ce rebord (elle doit être placée sur la ligne médiane, si la résection doit porter sur le lobe gauche du foie).

L'abdomen ouvert, on tâche d'attirer au dehors la portion de foie à réséquer et elle doit être solidement maintenue par un aide, pendant que vont être appliquées les sutures destinées à assurer l'hémostase.

A l'aide d'une longue aiguille courbe, enfoncée dans la peau à 1 centimètre environ du bord de l'incision, l'opérateur traverse toute l'épaisseur de la paroi abdominale, puis le foie en arrière du point où doit porter la résection, enfin, de dedans en dehors, la paroi du côté opposé. L'anse de fil préparée est accrochée à l'aiguille qui est ramenée en sens inverse. On peut alors, en tirant sur l'anse, exercer une compression au degré voulu. L'anse est coupée en son milieu et ses deux bouts noués sur un second rouleau de gaze. On applique ainsi un nombre de points déterminé par l'étendue de la partie à réséquer. C'est, en somme, une série de sutures enchevillées enserrant le foie entre les deux lèvres de la paroi abdominale.

La résection du foie est alors faite, autant que possible, en forme de coin, de façon à obtenir une plaie en angle dièdre. Un surjet de catgut réunit en même temps les deux bords de cette plaie et les deux lèvres du péritoine pariétal. Par-dessus sont suturés les muscles et la peau.

M. Chapot-Prévost a appliqué huit fois ce procédé chez des chiens, une fois sur un bouc, et, sacrifiant les animaux à différentes époques, a pu s'assurer, dans tous les cas, de l'excellence du résultat obtenu. C'est alors qu'il s'est décidé à faire l'opération devant laquelle il avait reculé quelques mois auparavant.

L'opération a été pratiquée, comme je vous l'ai dit, le 30 mai dernier. « Ayant fait, nous dit M. Chapot-Prévost, l'incision de la peau de façon à longer le rebord des fausses côtes du côté droit sur chaque surjet, nous avons sectionné l'arcade ostéo-cartilagineuse qui maintenait les deux enfants très rapprochées l'une de l'autre. Les grandes séreuses des deux enfants (péritoine, péricarde, plèvre) communiquaient plus ou moins largement d'un côté à l'autre et furent successivement ouvertes et suturées. Le péritoine n'a été refermé des deux côtés qu'après la complète hémostase du foie. Aussitôt que le large pont de tissu hépatique a été isolé, nous l'avons sectionné verticalement, ayant soin de maintenir une hémostase provisoire d'un côté par une forte ligature à la soie, et, de l'autre, par une compression au moyen d'un gros tampon de gaze. La surface de la plaie hépatique avait de chaque côté environ 8 centimètres dans un sens et 7 dans l'autre ; mais, malgré cette vaste surface, où l'on distinguait principalement trois gros vaisseaux, nous avons pu obtenir très rapidement l'hémostase des deux plaies en faisant passer nos points profonds par le procédé que nous avons décrit ci-dessus. Avec le premier point, lorsque l'on choisit bien l'endroit où il faut l'appliquer, on obtient, comme il nous est arrivé chez ces deux fillettes, une hémostase assez bonne ; mais, pour bien l'assurer, nous avons fait encore deux points du côté de Rosalina et trois du côté de Maria. Il faut dire cependant que, de chaque côté, un de ces points profonds ne comprenait pas le foie et n'a été fait que pour mieux rapprocher les deux lèvres de la paroi abdominale, très écartées l'une de l'autre au-dessous de la plaie du foie. On voit donc qu'avec deux points du côté de Rosalina et avec trois du côté de Maria, l'hémostase des plaies hépatiques était parfaite.

« Le péritoine a été suturé, chez les deux fillettes, sur la surface hémostasiée du foie et les autres couches ont été cousues comme d'habitude.

« La petite Maria étant morte d'une pleurésie le sixième jour après l'opération, on a pu noter, lors de l'autopsie, que l'hémostase du foie s'était parfaitement maintenue. Chez Rosalina, nous avons enlevé les points profonds qui maintenaient la compression hépatique seulement le huitième jour. »

Tel est, Messieurs, le résultat qu'a donné l'application de ce

procédé. M. Chapot-Prévost nous dit avoir, dans un autre cas, fait de la même manière, et avec succès, l'hémostase du foie.

Il semble, en effet, que, dans les cas auxquels peut s'appliquer ce procédé, pour des résections portant sur la partie antérieure du foie, soit sur le lobe droit, soit sur le lobe gauche, on puisse trouver là un moyen très rapide et très sûr d'hémostase. Cette compression par la large surface de la paroi abdominale est excellente, régulière, facile à graduer. Les deux fils qui, à chaque point de suture, traversent le foie, ne peuvent s'écarter, maintenus par leur trajet intra-pariétal, et ne sauraient, par conséquent, déchirer de ce fait le tissu hépatique.

Le seul inconvénient à redouter serait la déchirure du tissu du foie sous l'influence de la traction exercée par ces fils qui maintiennent contre la paroi abdominale l'organe attiré assez fortement d'arrière en avant au moment de l'opération. L'expérience a prouvé qu'il n'en est rien. Dans toutes ses opérations sur les chiens, dont le foie est plus friable que celui de l'homme, M. Chapot-Prévost n'a jamais observé de déchirure du tissu hépatique par ces points de suture ; à l'autopsie de Maria, il a pu constater l'intégrité absolue de ce moignon hépatique.

Je vous propose, Messieurs, de conserver dans nos archives ce travail et d'adresser nos remerciements à M. Chapot-Prévost.

Cure des fistules stercorales par abouchement dans l'intestin, par M. Pauchet (d'Amiens).

Rapport par M. PEYROT.

M. Pauchet (d'Amiens) nous a adressé un petit mémoire intitulé : *Cure des fistules stercorales par abouchement dans l'intestin*, qui repose sur deux observations intéressantes. Dans chacun de ces cas, M. Pauchet a employé, pour amener la fermeture d'une fistule stercorale, un procédé original, comme vous allez le voir.

Chez un garçon de dix-huit ans, opéré un an auparavant pour une péritonite tuberculeuse, forme fibro-ascitique, s'était formée à deux centimètres au-dessous de l'ombilic, une fistule qui laissait échapper des matières et de la bile deux heures environ après les repas.

L'amaigrissement était considérable. L'orifice de la fistule fut circonscrit par une incision losangique et on tomba tout de suite sur le paquet intestinal. M. Pauchet eut alors sous les yeux une masse d'intestin grêle isolée du reste de la cavité abdominale par

des adhérences. Il n'eut donc pas à ouvrir la grande cavité abdominale. La fistule, de quatre à cinq millimètres de diamètre, était ouverte sur une anse de l'intestin grêle au contact d'une anse voisine.

Comme il parut impossible de détacher les deux anses, qui adhéraient trop intimement, M. Pauchet se décida à employer l'artifice suivant : il agrandit avec les ciseaux la fistule de façon à lui donner l'aspect d'une fente de deux centimètres de long, dirigée suivant la longueur de l'intestin, puis, pratiquant sur l'anse voisine une incision de même longueur, il aboucha ces deux anses en réunissant les deux orifices lèvre à lèvre au moyen d'un surjet musculo-muqueux qu'il recouvrit d'un surjet séro-séreux. Malgré la suppuration qui survint, l'opéré guérit rapidement et est resté guéri depuis plus de deux ans.

Dans le deuxième cas les conditions étaient différentes et le procédé choisi par l'opérateur fut aussi tout autre.

Il s'agissait d'une fillette de douze ans, qui avait été opérée six mois auparavant pour une appendicite. Après une période de suppuration assez longue, il persistait au bas de la cicatrice abdominale une fistule qui donnait passage à des matières issues évidemment du gros intestin.

La fistule ayant été circonscrite comme dans le cas précédent au moyen de deux incisions courbes, et le trajet pariétal excisé, l'orifice stercoral profond fut découvert dans l'angle d'accolement de deux anses d'intestin grêle. L'orifice de l'intestin était plus profond et placé sous ces anses. Une tentative pour séparer celles-ci ayant convaincu M. Pauchet de ce qu'il allait, sans atteindre le but proposé, déchirer gravement les anses sous-jacentes, l'opérateur se décida à employer le procédé que voici : immédiatement en dehors de l'orifice fistuleux, sur chacune des deux anses, est faite une petite incision de un centimètre environ, et un surjet est pratiqué de façon à établir entre les deux anses un orifice qui reçoit en son milieu la fistule venue de la profondeur. Il y a donc là établissement d'une sorte de cloaque où aboutissent trois anses intestinales.

Le ventre fut refermé après un drainage qui fut supprimé dès le troisième jour et la guérison fut obtenue en peu de temps.

Ces deux procédés, dérivés de la même idée, sont tout à fait ingénieux.

Sur le premier je n'ai que des compliments à adresser à l'opérateur. Mais je pense qu'il faut faire quelques réserves sur le second, qui abouche le gros intestin dans l'intestin grêle et établit entre plusieurs anses des adhérences qui pourront, dans quelques cas peut-être, n'être pas sans inconvénient. De nouveaux faits pourront seuls nous éclairer à ce sujet.

Quoi qu'il en soit, l'idée, je le répète, est ingénieuse, elle est neuve et elle témoigne une fois de plus de la valeur de notre jeune collègue, auquel je propose d'adresser les remerciements de la Société de chirurgie.

M. Pierre Delbet. — Je ferai une toute petite réserve. M. Pauchet a fermé ces deux fistules intestinales en faisant des entéro-anastomoses, c'est-à-dire qu'il a ouvert une anse intestinale pour l'anastomoser avec la fistule.

Or, il existe un procédé ancien, classique, qui a au moins l'avantage d'être plus simple. Il consiste à suturer sur la perforation une anse intestinale voisine sans l'ouvrir. Il me semble que, surtout dans le cas ou la fistule siégeait sur le gros intestin, il y aurait eu avantage à employer ce procédé classique.

M. Peyrot. — Dans le premier cas de M. Pauchet, il s'agissait de l'intestin grêle, comme je l'ai dit. Je connais, et M. Pauchet n'ignorait pas non plus, le procédé indiqué par M. Delbet. Il est décrit dans le petit livre de M. Chaput sur les sutures intestinales. Peut-être ici l'abouchement s'imposait-il particulièrement, étant données les circonstances; mais dans le procédé d'accolement simple, il y a quelque chose de choquant et je crois pour ma part préférable d'établir une communication muco-muqueuse avec double surjet muco-muqueux et séro-séreux.

Quant au deuxième cas, je me demande s'il n'aurait pas mieux valu temporiser jusqu'au moment où il aurait été possible de détacher les adhérences pour arriver à l'orifice et pour le fermer directement.

M. Tuffier. — Je crois que si les procédés qui viennent de nous être signalés peuvent donner des succès, il ne faut pas les ériger en méthode. Pour ma part, je suis opposé à ces sutures effectuées au milieu de tissus où on ne voit rien. Toutes les fois que je me trouve en face d'une de ces fistules, je commence par largement décoller les anses intestinales à leur niveau de façon à libérer les parties adhérentes, à bien voir la fistule et ses rapports, et à la suturer à ciel ouvert suivant la meilleure direction. On a ainsi le double avantage de rendre à l'intestin sa mobilité et de faire une opération qui a les plus grandes chances de succès.

M. Michaux. — J'ai fait tout dernièrement une opération analogue. Je me suis comporté exactement comme M. Tuffier. Je crois qu'il est très important dans les fistules de pratiquer un décollement très soigné. J'ai fait une double suture. Grâce au décollement, j'ai mené l'opération à bonne fin et la malade est guérie.

M. Peyrot. — Je n'ai pas l'intention de discuter la valeur com-

parative des divers procédés de traitement des fistules intestinales. Tous les procédés peuvent trouver leur application et on doit reconnaître que le procédé de M. Pauchet est ingénieux. Il est probable que, dans des cas à déterminer, on pourra se bien trouver d'y recourir.

Communications.

Du procédé de l'exclusion appliqué à la cure des grandes cellules vésicales (1),

par M. POUSSON (de Bordeaux).

Dans une communication au deuxième Congrès de l'Association d'Urologie, j'ai démontré, en m'appuyant sur les faits de ma pratique, que les récidives post-opératoires des calculs de la vessie reconnaissent bien plus souvent pour cause la persistance des conditions générales et locales favorisant la lithiase que l'oubli de fragments ou de débris. Ainsi est réduit à néant le principal argument que les partisans irréductibles de la taille opposent à la lithotritie.

Mais si, dans l'immense majorité des cas, les procédés perfectionnés dont nous disposons aujourd'hui pour assurer le débarras complet de la vessie des moindres débris et pour contrôler ce résultat, en particulier la cystoscopie, nous mettent à l'abri de cette cause de récidive, il est une déformation anatomique qui crée de grandes difficultés à l'évacuation intégrale du viscère et entretient des conditions propices à la précipitation et à l'agglomération en concrétions des sels calcaires de l'urine. Cette déformation est celle qui resulte de l'existence de diverticules ou poches vésicales.

Ces poches vésicales, beaucoup moins fréquentes dans la vessie des vieillards que les cellules et jamais aussi nombreuses que ces dernières dans un même viscère, sont constituées, comme on le sait bien depuis Cruveilhier, par la hernie de la muqueuse et de la celluleuse à travers les faisceaux musculaires dissociés de la tunique contractile. Elles seraient ainsi comparables dans leur disposition à un sac herniaire présentant un corps et un collet.

Lorsque le collet est large et le corps petit, conoïde ou en doigt de gant, l'urine a peu de tendance à y séjourner ; la poche se vide à chaque miction en même temps que la vessie. Par contre, lorsque l'orifice de communication est étroit et que la cavité diverticulaire spacieuse se renfle en sphéroïde, l'urine y stagne, s'y altère, irrite et enflamme la muqueuse et engendre les conditions les plus propices à la formation des calculs secondaires.

(1) Travail lu par le Secrétaire général.

Les calculs nés dans ces poches subissent trois sortes d'évolution : l'enkystement, l'enchatonnement, et la migration alternative du diverticule dans la cavité vésicale et *vice versa*. L'enkystement est tout à fait exceptionnel, il résulte de la soudure des deux lèvres du collet. L'enchatonnement, beaucoup plus fréquemment observé, est dû à l'accroissement incessant de la concrétion et à l'issue par l'orifice du collet d'un prolongement intravésical. La migration du calcul de la poche dans la vessie et de celle-ci dans celle-là, est une conjoncture généralement passée sous silence par les auteurs : je la crois infiniment rare, mais réelle. Tandis que le séjour du calcul dans le diverticule correspond à un état relativement silencieux de la vessie, son irruption dans sa cavité s'accompagne de douleur, de fréquence des mictions, d'hématurie, en un mot de tous les signes de la pierre dans la vessie : d'où le nom de calcul intermittent qu'on devrait appliquer à la pierre se présentant dans ces conditions.

C'est bien à cette variété de calcul que j'ai eu affaire dans l'observation suivante, dans laquelle, pour éviter les formations calculeuses ultérieures, j'ai fermé, par la suture du collet, la poche diverticulaire, faisant ainsi ce que j'appellerai son *exclusion*.

J'avais théoriquement proposé cette opération dans la communication que je rappelais au début de cette note, et j'avais répondu à mon collègue Albarran, qui m'objectait que l'évidement du collet et sa suture pouvaient présenter des dangers et n'offraient guère de chance de réussite, que ces manœuvres ne me semblaient ni plus périlleuses ni plus aléatoires que celles tout à fait comparables qu'on exécute à la suite de l'exérèse des néoplasmes vésicaux pour obtenir la réunion par première intention de la solution de continuité.

Dans son article du *Traité de chirurgie* sur les diverticules de la vessie, Tuffier émet les mêmes doutes sur la valeur de ma proposition.

J'ai la grande satisfaction d'apporter aujourd'hui à la Société de Chirurgie une observation qui prouve que la suture du collet d'une poche vésicale est non seulement possible et exempte de dangers, mais encore qu'elle remplit bien le but poursuivi.

Observation. — P. B., soixante-dix-huit ans, vieillard vigoureux, souffrant depuis deux ans de troubles dysuriques attribués à une hypertrophie de la prostate, a présenté dans ces derniers mois quelques légères hématuries diurnes provoquées par le mouvement, en même temps que de la pyurie intermittente et des douleurs passagères à l'extrémité du gland. Son médecin, qui l'a exploré, dit avoir senti un contact et me l'adresse dans le courant de mai 1900 avec le diagnostic de calcul vésical. Je l'examine à l'explorateur métallique et au lithotri-

teur dans de bonnes conditions, la vessie étant parfaitement tolérante, mais toutes nos investigations restent négatives. Je constate seulement une saillie de la prostate soulevant la lèvre inférieure du col et créant un bas-fond dans lequel pénètre toutefois librement le bec de l'explorateur. Les urines sont très légèrement troubles et ce n'est qu'à la fin de la miction qu'elles deviennent épaisses et franchement purulentes. Je prescris des lavages au nitrate d'argent et, après un séjour d'une semaine à l'hôpital, le malade retourne chez lui.

Trois semaines après, le 6 juin, P. B... rentre de nouveau dans le service. Je l'explore pour la seconde fois et je n'ai pas de peine à sentir un contact non douteux. Étant donnée l'existence du relief prostatique, derrière lequel se cache sans doute par intermittence le calcul, je me décide pour la taille hypogastrique de préférence à la lithotritie.

La vessie ouverte le 11 juin, je trouve dans le bas-fond trois petits calculs d'apparence phosphatique, sphériques, de volume sensiblement égal, ne dépassant pas celui d'une petite cerise. Après les avoir extraits, je résèque d'un coup de pince coupante la saillie prostatique et je gratte avec ma curette-herse la muqueuse du bas-fond fortement injectée et légèrement tomenteuse. L'hémostase faite à l'aide d'une injection de solution boriquée très chaude, je me disposais à refermer la vessie, lorsque je vis tout à coup un flot de pus épais et grisâtre s'échapper par un orifice situé sur le côté droit, à peu près à 2 centimètres en arrière et au-dessus de l'embouchure de l'uretère correspondant. J'introduis sans difficulté l'extrémité de mon index dans cet orifice et pénètre dans une poche du volume d'une noix verte renfermant une petite concrétion grosse comme un pois, que j'extrais d'abord. Introduisant alors une sonde en gomme à deux yeux dans sa cavité, je la lave à grande eau, avec la solution de cyanure de mercure, puis je gratte sa surface interne à la curette tranchante avec prudence, sachant combien est mince la paroi de ces hernies tuniquaires de la vessie. Cela fait, saisissant avec une longue pince à disséquer chacune des lèvres du collet, je les avive l'une après l'autre largement, sans crainte, mes études antérieures m'ayant montré combien elles sont épaisses, et je les réunis à l'aide de trois points séparés de catgut n° 2. Je termine l'opération en mettant une sonde de Pezzer dans l'urètre et en fermant complètement la vessie et les plans hypogastriques sus-jacents.

Les suites furent des plus simples : le 8 juillet, moins d'un mois après l'intervention, le malade quittait l'hôpital avec des urines claires, ne souffrant plus, et urinant toutes les trois ou quatre heures.

Le 24 juillet, j'ai pu constater par la cystoscopie que l'orifice du collet était oblitéré et qu'à son niveau la muqueuse était plissée, blanchâtre, comme cicatricielle.

Perforation de l'intestin au cours d'une fièvre typhoïde. Laparotomie. Guérison, par M. Legueu. — Remis à l'examen d'une Commission. M. Lejars, rapporteur.

Compresse de gaze oubliée dans le ventre et passée dans l'intestin; accidents multiples. Au bout de sept ans, extraction par la taille intestinale. Guérison,

par M. CHAPUT.

En 1898, je fus appelé à donner mes soins à la femme d'un confrère atteinte d'une fistule pyo-stercorale, siégeant sur la ligne médiane, au niveau d'une large cicatrice de laparotomie; la fistule était étroite, elle laissait écouler un pus mal lié et fétide, peu abondant, d'ailleurs.

A la palpation, on constatait un empâtement considérable dans la région gauche de l'hypogastre; par le toucher vaginal on retrouvait le même empâtement diffus, large environ comme la paume de la main.

Les antécédents relatifs à cette fistule étant très complexes, je vais les reprendre dès l'origine.

La malade s'était mariée en 1890. Deux mois après le mariage, elle éprouvait des douleurs dans le côté droit de l'abdomen.

Ces accidents furent attribués à une grossesse extra-utérine, qu'on traita par la laparotomie en 1891.

Quelques mois après, nouvelles douleurs à gauche avec tumeur fluctuante; on diagnostique une nouvelle grossesse normale siégeant sur l'ovaire. Seconde laparotomie en juin 1891.

L'observation porte que : « L'opération fut très laborieuse; le sac, très mince, se rompit et les manœuvres d'extraction de la poche donnèrent lieu à une hémorragie en nappe qu'il fut très difficile d'arrêter. On y parvint néanmoins à l'aide de larges compresses qu'on laissa à demeure jusqu'au lendemain. »

A la suite de cette opération un abcès se produisit, suivi, au bout de deux mois, de l'élimination d'une soie de pédicule.

Plus tard, la malade constata une éventration au niveau de la cicatrice opératoire.

Rien de spécial en 1892. En 1893, la malade éprouve de vives douleurs avec pesanteur dans le bassin; on constate alors par le toucher la présence d'une tumeur située à gauche de l'utérus, peu mobile, et facilement accessible par le vagin.

Le repos au lit soulagea beaucoup la malade, mais à partir de cette époque, la moindre fatigue et la marche sur un sol irrégulier lui causaient de vives douleurs.

En 1897, à la suite de fatigues, se produisirent des symptômes d'étranglement de la hernie ventrale. M. Duret (de Lille) réduisit la hernie et conseilla l'opération. Celle-ci fut faite le 9 janvier 1897.

Au cours de cette intervention, M. Duret enleva une partie d'un kyste séreux adhérent à l'S iliaque, il mobilisa l'utérus et le fixa à la paroi abdominale. Drainage. Le trajet du drain resta fistuleux. A la fin de juillet, M. Duret va à la recherche du fil qu'il supposait devoir entretenir la suppuration, mais ne trouve pas ce fil et referme la paroi.

La fistule se rétablit et le pus présente dès lors une odeur et une coloration intestinales; en même temps on constate un empâtement dur, douloureux, surtout à gauche de l'abdomen.

La fistule présenta des alternatives d'oblitération et de réouverture qui durèrent jusqu'au moment où j'examinai la malade.

Notons un symptôme relaté par la malade : « Depuis longtemps, disait-elle, elle éprouvait le soir des douleurs très violentes qui se terminaient par des gargouillements lorsqu'elle avait pris une injection de morphine.

En tenant compte surtout des signes physiques que j'avais constatés moi-même, je m'arrêtai au diagnostic de fistule pyo-stercorale avec adhérences considérables, et je tentai de faire patienter la malade; mais elle insistait pour se faire opérer. Je lui dis alors que l'opération était des plus graves, qu'elle avait de grandes chances de se terminer fatalement, et que si la malade n'avait pas épuisé sa dernière provision de patience, je la suppliais d'attendre encore.

Elle me répondit qu'elle était décidée à tout et qu'elle préférait mourir plutôt que de rester dans cette situation.

Je fis l'opération le 1er juin 1898.

Sous chloroforme, je constatai d'abord nettement l'existence d'une grosse masse dure siégeant surtout à gauche.

J'ouvris le ventre sur la ligne médiane et je dus d'abord sectionner l'épiploon, très adhérent; en libérant les adhérences, il se fit un écoulement stercoral peu abondant, sans que je pusse en reconnaître nettement l'origine.

Je trouvai bientôt une énorme masse dure se prolongeant à gauche, ressemblant à un utérus gravide et paraissant adhérer à une anse intestinale. Après quelques tâtonnements, j'arrivai à amener cette masse presque entièrement hors du ventre. Je constatai alors qu'elle était très allongée, mesurait environ 30 centimètres de longueur et 6 à 8 centimètres de largeur; en suivant ses connexions, je conclus qu'il s'agissait d'une anse d'intestin très dilatée; elle ne présentait du reste ni bosselures, ni languettes, ni appendices épiploïques. Au premier abord, cette tumeur ressemblait à un néoplasme de l'intestin, mais sa longueur excessive ne permit pas d'admettre cette hypothèse.

J'étais très perplexe relativement à la nature de cette tuméfac-

tion, lorsqu'en la palpant avec plus d'attention je constatai que la consistance en était pâteuse comme du mastic. Sur ce seul indice je pensai qu'il s'agissait peut-être d'une compresse oubliée dans le ventre et passée dans l'intestin.

J'essayai d'abord de faire glisser la compresse en bas dans le rectum, mais les doigts d'un aide, introduits par l'anus, ne rencontrèrent pas le corps étranger.

Je fis alors la coprostase avec des soies au-dessus et au-dessous de la tumeur, je pratiquai une incision de 4 centimètres à l'intestin, et je rencontrai immédiatement une compresse de gaze, longue de 52 centimètres, imprégnée de matières fécales et horriblement fétide.

Je suturai à deux étages mon incision intestinale sans comprendre la muqueuse dans les sutures à la soie fine. Je suturai également la déchirure faite à l'intestin au commencement de l'opération, et qui correspondait probablement à l'orifice de la fistule pyostercorale; mais ici je ne plaçai qu'un étage de fils, car le deuxième étage eût coupé les tissus très friables.

Je sectionnai quelques adhérences, j'excisai un petit kyste séreux à loges multiples qui adhérait à l'anse dilatée; l'implantation de ce kyste sur l'intestin saigna abondamment; je fis l'hémostase au moyen du thermocautère et avec des sutures à la soie.

Je plaçai dans le ventre une mèche de gaze aseptique qui allait au contact de la fistule stercorale suturée.

Sutures de la paroi : soies profondes, crins cutanés. La malade fut mise à la diète liquide pendant une dizaine de jours ; pendant les premiers jours, 10 centigrammes d'extrait d'opium. La guérison se fit sans complications et la malade actuellement guérie a repris toute sa vigueur.

La compresse mesure exactement 52 centimètres de longueur sur 44 de largeur; elle est formée de trois épaisseur de mousseline fine et ourlée sur les bords. Elle présente d'énormes trous, surtout au niveau de ses bords non ourlés.

Nous pouvons maintenant reconstituer toute la filiation des accidents antérieurs.

Une première question se pose. A quelle époque la compresse a-t-elle été laissée dans le ventre? Cette question a une certaine importance, car certaines personnes ont mis cet accident sur le compte de notre collègue M. Duret.

Je n'hésite pas à répondre : la compresse a été laissée dans l'abdomen en juin 1891, par le premier chirurgien, au moment de la seconde laparotomie. C'est au cours de cette opération qu'on laissa à demeure jusqu'au lendemain de larges compresses pour faire l'hémostase. Il me paraît certain que lorsqu'on retira les

compresses, une d'elles fut ce jour-là oubliée dans l'abdomen.

J'insiste sur ce mot : larges compresses, car celle que nous avons retirée répond certainement à ce signalement.

Les abcès, l'éventration qui suivirent, n'ont aucune relation avec la compresse ; celle-ci reste absolument silencieuse pendant deux ans ; à cette époque, la malade ressent de vives douleurs qui se calment par le repos, mais à partir de ce moment, la malade devient sensible à la fatigue et ne peut supporter les cahots. C'est alors qu'on constate l'existence d'une tumeur située à gauche de l'utérus, peu mobile et bien accessible par le vagin.

Pour moi, ces douleurs sont en rapport avec la présence de la compresse dans l'intestin ; l'étranglement de la hernie ventrale, qui s'est produit en 1897, a probablement été favorisé par la circulation difficile des matières, occasionnée par la présence de la compresse ; car celle-ci remplissait très complètement la lumière de l'intestin ; on a même peine à comprendre comment la circulation des matières était possible.

Notons d'ailleurs que « depuis longtemps la malade éprouvait le soir des douleurs violentes qui se terminaient par des gargouillements lorsqu'elle avait pris une injection de morphine ».

Ces douleurs étaient, je pense, occasionnées par l'obstruction de l'intestin ; elles ne disparaissaient que lorsque l'action paralysante de la morphine dilatait l'intestin de façon à laisser un passage autour du corps étranger.

Lorsque M. Duret fit sa première opération, en 1897, il ne trouva pas la compresse, qui, à mon avis, était alors dans l'intestin ; il libéra quelques adhérences et enleva un kyste séreux adhérent à l'S iliaque ; il est probable que ce sont ces manœuvres qui ont occasionné la fistule pyostercorale, plutôt que l'orifice de pénétration de la compresse dans l'intestin, car je ne connais pas d'exemple de fistules produites par ce mécanisme, tandis que l'autre mode est bien connu et très fréquent.

On a le droit de s'étonner que la malade ait passé près de deux années (de 1891 à 1893) sans souffrir notablement, car les douleurs ne sont survenues qu'en 1893.

Je crois que, jusqu'à cette époque, la compresse était restée au moins en partie dans le péritoine ; elle avait sans doute commencé bien avant sa migration dans l'intestin, mais elle n'y était pas encore tout entière. Elle gênait moins alors la circulation intestinale, parce que, fixée au dehors de l'intestin, sa descente était limitée. Lorsque, au contraire, la compresse devint libre dans le côlon, elle put descendre jusqu'à ce qu'elle butât contre une région non dilatée de l'intestin. A partir de cette période, elle devait jouer le rôle d'un véritable bouchon ; de là les douleurs et

les gargouillements, indices d'un obstacle à la circulation des matières.

Il est bien connu actuellement que les compresses oubliées dans le ventre sont très bien tolérées, tant qu'elles restent dans le péritoine. Je connais l'observation d'une malade chez laquelle une compresse de gaze fut oubliée au cours d'une laparotomie; cette malade n'en éprouva aucune douleur pendant plusieurs années, puis elle mourut en quelques jours d'une occlusion occasionnée par les adhérences développées autour de la compresse.

Je reviens à ma malade.

Il m'a été impossible de poser un diagnostic exact avant l'opération; rien ne pouvait attirer l'attention sur la cause réelle des accidents; ajoutons que les deux laparotomies faites depuis 1891 auraient suffi à lever tous les doutes, même si l'on en avait conçu.

On a vu toutes les perplexités par lesquelles je suis passé pendant mon opération; je pensai successivement à un utérus dilaté, à une trompe énorme, à un néoplasme de l'intestin. Je fus amené au diagnostic exact en considérant d'abord que le volume et la longueur excessifs de la tumeur ne pouvaient s'expliquer avec un néoplasme qui n'aurait jamais atteint un pareil volume sans s'étendre aux organes voisins et sans causer une occlusion grave.

En outre, en palpant avec attention, je constatai que la tumeur avait une consistance de mastic: je remarquai en même temps la minceur relative de la paroi intestinale, qui se laissait suffisamment déprimer pour laisser percevoir la consistance de son contenu. Il s'agissait donc pour moi d'un corps étranger très long, volumineux et de consistance pâteuse... Passant en revue rapidement tous les corps étrangers qui pouvaient répondre à ce signalement, songeant aussi à tous les modes de pénétration de ces corps dans l'intestin, je conclus très rapidement qu'il ne pouvait s'agir que d'une compresse oubliée dans une laparotomie antérieure. Je connaissais d'ailleurs les intéressants travaux de MM. Jalaguier, Mauclaire et Michaux sur la question, et j'avais fait moi-même des expériences sur le chien qui m'avaient préparé à résoudre la question qui m'était posée. J'insiste sur ceci qu'au moment de l'opération, j'ignorais le détail du tamponnement abdominal avec des compresses, car il ne m'a été révélé que plus tard et avec restrictions, la personne qui me donna ces renseignements attribuant l'oubli de la compresse aux dernières laparatomies plutôt qu'à la seconde.

Quoique l'anse d'intestin qui contenait la compresse fût lisse, sans bandelettes, bosselures ni franges épiploïques, je crois cependant qu'il s'agissait de l'anse sigmoïde, car cette anse était

sessile au-dessus et au-dessous de sa portion dilatée; de plus, elle se perdait en bas entre le sacrum et l'utérus. La compresse était d'ailleurs intimement mélangée de matières fécales bien digérées qui ne s'observent que dans le gros intestin.

L'effacement des bosselures s'explique par la dilatation excessive de l'intestin; la disparition des bandelettes, par l'hypertrophie musculaire subie par l'anse; quant à l'absence d'appendices épiploïques, elle peut se comprendre par la dilatation de l'anse qui aurait dédoublé les replis péritonéaux enveloppant les lobules graisseux épiploïques.

Il était important de poser un diagnostic exact sur la nature de la tumeur, sans cela on aurait pu être conduit à une résection de l'intestin, qui eût été très regrettable.

L'incision linéaire et courte que j'ai faite après échec des tentatives de refoulement manuel a parfaitement suffi pour l'extraction, et je me félicite d'avoir limité au minimum les actes opératoires.

Je me suis contenté de faire deux étages de suture séro-séreuse sans suturer la muqueuse; d'ailleurs, cette muqueuse ne saignait pas et je n'avais pas besoin de réunir exactement la muqueuse comme lorsqu'on exécute une suture orificielle qui a besoin d'être ourlée.

La compresse retirée présente une vingtaine de trous dont le diamètre varie de celui d'une pièce de 1 franc à celui de la paume; ces trous sont symétriques pour la plupart et se superposent exactement; je pense qu'ils sont le résultat de la digestion intestinale, et qu'ils se sont produits surtout au niveau des plis de la compresse; les plis étaient en effet davantage en contact avec la muqueuse intestinale et par conséquent moins protégés que les parties situées au centre du boudin formé par le corps étranger.

J'ai déjà noté la difficulté de la circulation des matières intestinales occasionnée par le véritable bouchon que constituait le corps étranger, il est vraiment surprenant que la malade ait pu aller à la selle sans trop de difficulté et même qu'elle n'ait pas eu d'attaques graves d'occlusion intestinale. Cela ne s'explique que par la musculature puissante de l'intestin de la malade et aussi par l'influence paralysante de la morphine qui dilatait l'intestin au moment où les matières accumulées par les contractions antérieures avaient besoin d'espace pour s'écouler.

Il est possible qu'en arrivant dans le rectum, où les matières sont plus épaisses, la compresse aurait eu plus de chances d'occasionner une occlusion grave.

La compresse aurait encore pu provoquer d'autres accidents; la

fistule stercorale aurait pu s'agrandir et laisser passer la compresse, qui n'aurait jamais pu s'éliminer à travers l'orifice étroit de la paroi abdominale.

Toutefois la guérison spontanée n'était pas impossible chez une malade qui avait un organisme très résistant; la compresse digérée peu à peu serait devenue moins volumineuse, elle serait descendue graduellement jusque dans le rectum et se serait éliminée par les voies naturelles.

Étant donnée la longueur probable de cette élimination et les dangers courus pendant cette période, nous ne pouvons que nous féliciter de ce qui est arrivé.

Cette histoire d'une compresse laissée dans le ventre et passée dans l'intestin n'est pas un fait unique, puisque à cette même Société nous avons reçu la communication de faits analogues de Pilate et Michaux ainsi que du rapport de Jalaguier.

Dans les deux observations précédentes, des compresses oubliées dans le péritoine ont pénétré dans l'intestin; dans le cas de Pilate l'élimination s'est faite par le rectum.

Dans le cas de Michaux, la compresse a été découverte à la suite d'une déchirure de l'intestin au cours d'une laparotomie; l'intestin, très altéré, dut être réséqué, la malade mourut un mois plus tard.

Les intéressantes expériences de Jalaguier et Mauclaire nous ont montré que les compresses laissées dans le péritoine sont brassées par les contractions intestinales; elles se roulent en boule et constituent une masse dure qui s'entoure rapidement d'adhérences épaisses; celles-ci, en se rétractant, appliquent étroitement la compresse contre la paroi intestinale, qui se trouve bientôt soulevée, puis perforée; la compresse s'engage peu à peu dans l'intestin et finit par y passer tout entière; sa migration se trouve favorisée par l'ulcération de la muqueuse intestinale soulevée et aussi par l'infection qui, partie de l'intestin, se propage à la loge qui contient le corps étranger.

Les nombreuses expériences de MM. Jalaguier et Mauclaire sont des plus décisives et ne laissent aucun doute sur la réalité de ce mécanisme.

Mes expériences personnelles sur les greffes de gaze confirment absolument le travail de nos collègues.

J'ai constaté aussi l'élimination dans l'intestin d'une ligature lâche de gaze placée autour de l'intestin.

Si l'on pouvait diagnostiquer avec certitude la présence d'une compresse dans le péritoine ou dans l'intestin, la conduite à tenir serait facile à tracer : on enlèverait d'emblée les grosses com-

presses comme celle que je vous ai présentée; pour les moyennes et les petites, qui semblent pouvoir s'éliminer facilement par l'intestin, il serait préférable de laisser faire la nature le plus souvent et de n'intervenir qu'en cas d'abcès, de douleurs violentes ou de phénomènes d'occlusion.

Malheureusement, on ne pose jamais le diagnostic avec certitude, et le plus souvent les compresses ne sont trouvées que par hasard et au cours d'une opération, comme dans le cas de M. Michaux ou le mien.

Je rappellerai l'importance de la sensation de mastic présentée par la compresse située dans l'intestin; cette notion pourra conduire au diagnostic exact et permettra de remplir l'indication opératoire à l'aide d'une simple incision qui remplacera avantageusement les interventions plus compliquées.

Présentation de malades.

Synovectomie du genou.

M. A. Mignon. — Le malade que je vous présente a subi l'excision de la synoviale du genou droit au mois de juin 1900.

Il avait une arthrite chronique consécutive à un traumatisme reçu en décembre 1899. La raison principale de l'intervention a été la difficulté, presque l'impossibilité, de la marche. A peine le malade mettait-il pied à terre qu'il ressentait une très vive douleur au niveau du cul-de-sac supérieur de la synoviale, et la douleur s'accentuait rapidement au point d'empêcher tout mouvement. La fonction de l'articulation était beaucoup plus compromise qu'elle ne l'est d'ordinaire en de pareils cas. C'était une véritable impotence du membre inférieur. Les mouvements provoqués ne dépassaient pas l'angle droit, et il y avait quelques mouvements de latéralité du tibia.

Anatomiquement, le genou était globuleux. Les enveloppes de l'articulation étaient normales. Les os ne semblaient pas altérés. La synoviale paraissait seule en cause. On sentait ses parois épaisses et rugueuses, et le cul-de-sac supérieur surtout était très induré. Il formait au-dessus de la rotule une saillie très apparente, de trois travers de doigt de hauteur et limitée par un très gros bourrelet. L'épanchement intrasynovial, assez abondant, ne pouvait être que séreux, en raison de la facilité de la dépression de la rotule.

Bien que l'état général du malade ne fût pas très bon, je pensai à une synovite chronique, sans tuberculose, et j'attribuai l'intensité des douleurs à la compression du cul-de-sac supérieur de la synoviale pendant l'extension du genou.

C'est pourquoi je me décidai à pratiquer la synovectomie.

L'opération se fit le 20 juin : à l'aide de deux incisions latéro-longitudinales, j'excisai sans difficulté tout le cul-de-sac supérieur et les parties latérales de la synoviale jusqu'aux ligaments latéraux.

La séreuse était, comme je l'avais prévu, épaisse, rouge, velvétique. Le paquet adipeux était également très rouge et ressemblait à une luette enflammée. Aucune lésion cartilagineuse ou osseuse.

L'examen histologique a montré que l'on avait affaire à une synovite chronique sans signe de tuberculose. Les inoculations à des cobayes sont restées stériles.

Les suites de l'opération ont été des plus simples.

Le malade commença le 5e jour à faire lui-même quelques petits mouvements du genou. Il se leva le 15e jour et resta assis le 17e jour de midi à 5 heures, n'éprouvant qu'une douleur insignifiante.

Le 20e jour, le malade se tenait debout. Il souffrait encore en remuant le membre; mais la douleur n'était pas la même qu'avant l'opération. Il ressentait des tiraillements cicatriciels et non les douleurs lancinantes de l'inflammation. La nuit, toute souffrance disparaissait.

Le 25e jour, la flexion de la jambe gauche sur la cuisse approchait de l'angle droit, sans pouvoir l'atteindre. L'opéré restait levé toute la journée.

Je commence à ce moment quelques petits mouvements forcés et j'arrive en 20 jours à la flexion complète.

C'était le 4 août. Mais la dernière séance avait produit plus de douleur et de craquements que d'habitude. J'étais peut-être allé un peu vite. Il résulta de ces dernières manœuvres un gonflement considérable du genou remontant jusqu'au tiers inférieur de la cuisse et une teinte légèrement ecchymotique des téguments de la face externe de l'articulation. Les douleurs, très aiguës, subsistèrent pendant quarante-huit heures.

La crise se calma progressivement et le malade recommença à marcher.

Il y avait un mois que le malade avait repris ses promenades dans le jardin, lorsqu'une douleur vive, au niveau du condyle externe du fémur, l'immobilisa à nouveau dans son lit. Nous constatons le 15 septembre, en avant et à la base du condyle externe, une tuméfaction de consistance osseuse et de forme ova-

laire ayant à peu près trois centimètres de large sur 5 centimètres de hauteur. Adhérente au squelette, elle est effilée en haut et arrondie en bas. La flexion du genou ne dépasse plus l'angle droit.

Les commémoratifs et la radiographie nous firent admettre un ostéome consécutif aux manœuvres de mobilisation du genou.

J'ai procédé à l'ablation de la tumeur le 27 septembre. L'opération s'est faite sans difficulté par une incision dans la cicatrice longitudinale externe. La masse enlevée avait le volume du pouce et était constituée par du tissu osseux de nouvelle formation. La synoviale qui s'est trouvée ouverte pendant l'intervention a donné issue à de la synovie très épaisse et très claire.

Pendant le sommeil chloroformique, la flexion ne dépassait pas l'angle droit. Je n'ai pas voulu faire des mouvements forcés de peur d'enflammer la synoviale.

La guérison de cette petite intervention fut rapide : le malade commença à se lever le 7 octobre.

Depuis cette époque, je lui ai laissé la liberté d'assurer lui-même la mobilité de son genou, en graduant d'après ses souffrances l'amplitude de ses mouvements.

Il est arrivé peu à peu à l'état où vous le voyez aujourd'hui.

La marche, le pas gymnastique et même la course sont faciles. La marche se soutient pendant une demi-heure sans fatigue. La station à genoux n'est pas douloureuse.

Comme seul symptôme subjectif, quelques petits élancements, de temps en temps, dans l'articulation. La flexion est possible jusqu'à un angle de 70 degrés.

La forme du genou est à peu près normale. Il existe un très léger épanchement. On sent au-dessus du condyle externe du fémur des rugosités qui représentent les restes de l'ancien ostéome.

Les muscles de la cuisse sont un peu atrophiés (2 centimètres de moins dans le périmètre fémoral droit).

M. Lucas-Championnière. — Le malade présenté par M. Mignon est très intéressant. J'ai fait plusieurs opérations semblables aussi bien pour des arthrites simples que pour des arthrites tuberculeuses, le premier cas est bien plus favorable. Cependant, même dans ce second cas, on peut obtenir de bons résultats par la synovectomie; s'il survient une récidive, on en est quitte pour pratiquer une résection secondaire.

Par une double incision on peut enlever la totalité de la synoviale apparente. Il est bien évident qu'on ne saurait enlever la partie de la synoviale située derrière les ligaments croisés. Dans

certains cas même, j'ai pu enlever par une incision unique la totalité de la synoviale apparente. L'avantage de ces synovectomies sur la guérison par ankylose et même sur la résection est de permettre dans certains cas la mobilisation précoce et la conservation des mouvements du genou.

M. Poirier. — J'entends dire avec surprise par M. Lucas-Championnière, et j'en crois son expérience, que par deux incisions on peut enlever toute la synoviale. Je me demande si l'opération qu'on nous présente ne doit pas son succès autant à l'arthrotomie qu'à la synovectomie; c'est une arthrotomie avec synovectomie partielle.

M. Lucas-Championnière. — La synoviale se décolle et vient pour ainsi dire d'elle-même; si on insiste un peu on l'a aisément.

M. Quénu. — Comme M. Poirier, je mets en doute la possibilité d'enlever toute la synoviale par une ou deux incisions latérales; je crois que c'est une opération incomplète, qui n'agit que comme une arthrotomie et qui par suite doit être réservée pour des cas exceptionnels.

M. Lucas-Championnière. — Je n'ai pas dit que l'on pouvait enlever *toute* la synoviale; je n'ai parlé que de la totalité de ce qui est apparent et enlevable, c'est-à-dire de la partie de la synoviale qui est en avant des ligaments croisés.

Amputation anté-scaphoïdienne du pied.

M. Tuffier. — On nous a si souvent mis en garde contre l'oubli du scaphoïde dans l'amputation de Chopart, que je désire vous montrer un résultat de cet oubli *volontaire* chez ce malade. Je l'ai opéré au mois de juin dernier pour une tuberculose de l'avant-pied. Je trouvai l'articulation scaphoïdo-cunéenne intacte et je résolus de garder le scaphoïde, la longueur de mes lambeaux me le permettant.

J'eus soin, après la désarticulation anté-scaphoïdienne, de suturer exactement les tendons antérieurs aux tendons de la plante du pied et autant que possible d'opposer les antagonistes les uns aux autres.

Le résultat est excellent, ce malade marche parfaitement et marche sur la plante du pied sans aucun renversement.

M. Berger. — J'ai fait un assez grand nombre d'amputations de Chopart et je voudrais réhabiliter cette opération, car je n'ai jamais observé le renversement du calcanéum en arrière. On observe bien un peu de rétraction, mais la mobilité du moignon reste parfaite.

M. Ricard. — J'ai fait deux opérations de Chopart avec excellent résultat. Quand on obtient la réunion par première intention et que les gaines ne suppurent point, on n'a pas de renversement du calcanéum.

M. Picqué. — J'ai vu il y a quelques années dans les asiles un cas opéré par Brun. Le résultat obtenu était très bon.

M. Poirier. — J'ai fait deux Chopart avec bon résultat; sans doute parce que j'ai pris soin de suturer les tendons antérieurs à la face profonde du lambeau plantaire. Il serait désirable que des radiographies vinssent nous démontrer la direction que prend le calcanéum après ces opérations.

Sérum anticellulaire.

M. Wlaef, présente un malade, à l'appui d'une étude sur le traitement des tumeurs malignes par le sérum anticellulaire. — M. Reynier, rapporteur.

Présentation de pièces.

Grossesse de cinq mois compliquée d'un hémato-salpinx à pédicule tordu. Intervention avec guérison et continuation de la grossesse.

M. Lucien Picqué. — Il s'agit d'une malade de l'asile des aliénés de Vaucluse, enceinte de cinq mois et qui présentait depuis plusieurs jours des douleurs abdominales violentes accompagnées de vomissements incoercibles. Apyrexie complète. Pas de pertes sanguines.

L'examen bimanuel me permit de reconnaître l'existence d'une tumeur annexielle siégeant à gauche et très mobile.

Ecartant dès lors toute idée d'une complication de la grossesse, j'admis le diagnostic de grossesse extra-utérine, en me basant

sur l'existence de la tumeur et sur les symptômes présentés par la malade.

L'opération se fit dans d'excellentes conditions, sur la table à inclinaison avec le concours de M. le Dr Boudrie, médecin en chef. La tumeur fut rapidement sortie de l'abdomen, liée et excisée. L'opération dura en tout quatre minutes. La malade guérit rapidement. La grossesse continua son cours : elle est arrivée actuellement au huitième mois. L'état général est excellent.

La tumeur est formée par un hémato-salpinx avec torsion du pédicule.

Ce qui est intéressant à noter sur la pièce que j'ai l'honneur de vous présenter, c'est que l'examen histologique fait dans mon laboratoire par M. Macé, chef de clinique d'accouchement, démontra l'absence absolue de villosités choriales.

Depuis les beaux travaux de Pilliet, on admet que l'hémato-salpinx appartient toujours à la grossesse utérine. Cette observation permet d'affirmer que cette opinion ne saurait être exclusive.

Dans mon cas, il est probable qu'il y avait antérieurement un hydro-salpinx devenu hémorragique par suite de la torsion du pédicule qu'on voit très nettement sur la pièce.

Perforation de l'estomac de la dimension d'une pièce de 1 franc et due à une aiguille retrouvée au voisinage de la paroi. Suture de l'estomac. Guérison.

M. Lucien Picqué. — L'histoire de cette malade est extrêmement intéressante.

Il s'agit d'une aliénée du service de M. le Dr Boudrie, à l'asile de Vaucluse, qui depuis six mois présentait les signes d'une cholécystiste avec accès de fièvre intermittente. D'ailleurs, aucun renseignement sur son passé hépatique. La malade se contentait de dire qu'elle avait avalé une boîte d'aiguilles.

L'examen sous chloroforme démontra l'existence d'une tumeur arrondie au niveau de la vésicule biliaire.

L'opération fut faite il y a quinze jours, avec l'assistance de MM. Vigouroux et Dupain, médecins de l'asile, Grégoire et Bienvenu, internes.

L'incision médiane démontra l'existence d'une petite tumeur allongée située juste au-dessus de la vésicule qui occupait un plan sous-jacent et qui était saine.

Cette tumeur était adhérente à la paroi abdominale et à la paroi de l'estomac voisine du pylore.

En essayant de détacher cette tumeur, on trouve en son centre l'aiguille que je vous présente, et l'on constate qu'au point de fusion de la tumeur avec l'estomac, il existe une perforation de l'estomac présentant les dimensions d'une pièce de 1 franc.

On se trouvait donc en présence d'un foyer de péritonite enkystée contenant l'aiguille : les dimensions de la perforation paraissent dues au sphacèle de l'estomac dû au contact de l'aiguille.

La plaie stomacale est réunie par deux plans de suture. La malade a guéri sans incident; au huitième jour la réunion immédiate était obtenue. Ce cas, très spécial aux aliénés, démontre une fois de plus l'importance de l'organisation d'un service régulier de chirurgie dans nos asiles d'aliénés.

Appendicite.

M. Potherat. — La pièce que je vous présente est un nouvel exemple de cette variété d'*appendicite* dans laquelle l'appendice, clos physiologiquement, sinon anatomiquement, vers sa base, est, dans le reste de son étendue, distendu par une collection fluide, claire, nettement séreuse, ou hydrique.

Dans le cas présent, l'appendice avait le volume d'une anse d'intestin grêle moyennement distendue; il en avait l'aspect; il était rempli par un liquide clair, légèrement visqueux. Ce kyste appendiculaire était fixé au-devant et en dehors du cæcum, auquel il adhérait très fortement. Son extrémité intestinale avait son volume et son aspect normaux sur une longueur de 2 centimètres et demi environ. Dans ce parcours, l'organe s'était infléchi à angle très aigu sur lui-même pour se relever au-devant et en dehors du cæcum; de nombreuses adhérences péritonéales et épiploïques fixaient dans cette position l'organe tout entier, et le cachaient entièrement. Ce ne fut qu'après une dissection laborieuse et très attentive que je pus libérer la base d'insertion de l'appendice. Le méso, très épaissi, était fortement tendu, et cette tension contribuait pour une bonne part à couder à angle très aigu l'appendice lui-même.

C'est la seconde fois que j'observe l'*hydro* ou le *sero-appendix*; dans les deux cas, l'appendice kystique était relevé au-devant et en dehors du cæcum; dans les deux cas, l'organe était fortement coudé au-dessous de la portion kystique. Dans le premier cas il

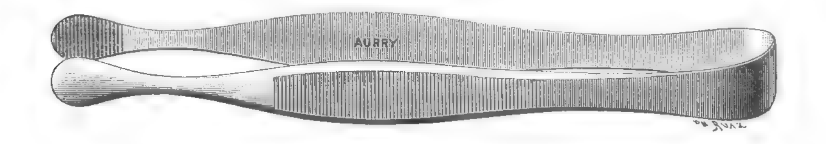
s'agissait d'un jeune homme; cette fois la malade est une forte femme de trente-deux ans. Dans les deux cas les manifestations morbides étaient relativement récentes. Ici, quelques douleurs en mars dernier, puis crises violentes (douleurs, vomissements, ballonnement pendant plusieurs jours) en avril, en mai, en juin. Ces crises ne s'étaient point répétées depuis le mois de juin; mais il avait toujours persisté de la douleur dans la fosse iliaque droite et particulièrement au point de Mac Burney. A l'exploration directe, on sentait nettement un cordon dur, vertical, qu'on pouvait rapporter à une corde épiploïque, comme on l'observe fréquemment, mais qui était bien et dûment l'appendice lui-même, mais l'appendice fixé en position anormale et très dilaté.

La malade, opérée il y a huit jours, n'a présenté jusqu'ici aucun accident; il y a tout lieu de penser qu'elle va être définitivement guérie.

Présentation d'instrument.

Pince à pansements.

M. Potherat. — Aussi longtemps que la séparation des malades en suppurants et non suppurants ne pourra être réalisée administrativement dans nos services hospitaliers, nous aurons, par



des mesures préventives multiples et rigoureuses, à nous prémunir contre l'infection par les plaies contaminées. Un des meilleurs modes d'éviter cette infection, c'est de ne jamais toucher directement ni à ces plaies elles-mêmes, ni aux pièces de pansement souillées par elles; et pour cela, se servir constamment de pinces à pansement. Les pinces à pansement existent depuis longtemps; mais, en général, elles sont peu pratiques; elles diffèrent peu des pinces habituelles à forcipressure, ou à disséquer, usitées pour les opérations; par suite, par inadvertance, on peut les mélanger, et ainsi faire servir à des opérations aseptiques des instruments restés souillés malgré le lavage et la stérilisation.

C'est pour remédier à ces inconvénients que j'ai eu l'idée de faire construire par M. Aubry une pince spéciale aux pansements des plaies infectées. Cette pince, que je vous présente actuellement, est très bien en main, très souple, parce qu'elle est formée d'une lame d'acier repliée comme une pincette ou une pince à sucre. Sa forme particulière ne permet pas de la confondre avec une autre pince; elle n'est pas utilisable pour une opération; enfin, elle n'a pas d'angle, ce qui la rend très facile à nettoyer; et à ce propos, je ferai remarquer qu'il serait à souhaiter que nos pinces à disséquer aient cette incurvation, au lieu de leur plicature à angle très profond, très aigu, partant d'un nettoyage difficile.

Élections.

MM. Brun, Chaput et Delbet sont nommés membres de la Commission chargée d'examiner les candidatures au titre de membre associé étranger.

MM. Guinard, Hennequin et Kirmisson sont nommés membres de la Commission chargée d'examiner les candidatures au titre de membre correspondant étranger.

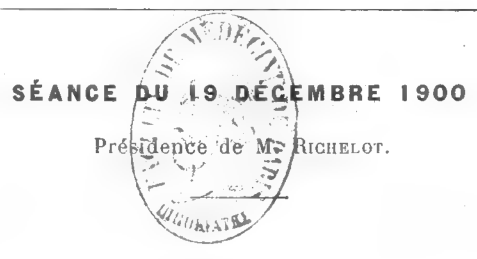
MM. Picqué, Nélaton, Peyrot, Rochard et P. Segond sont nommés membres de la Commission chargée d'examiner les candidatures au titre de membre correspondant national.

MM. Gérard Marchant, Potherat et Schwartz sont nommés membres de la Commission chargée d'examiner les travaux déposés pour le prix Marjolin-Duval.

Le Secrétaire annuel,

Ad. Jalaguier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 19 DÉCEMBRE 1900

Présidence de M. Richelot.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Un travail de M. Estienny (de Toulouse), intitulé : *Un cas de typhlite pernicieuse.* Ce travail est renvoyé à une commission. Rapporteur : M. Chaput.

3° Un travail de M. Girou (d'Aurillac), intitulé : *Volumineux fibrome de l'ovaire droit chez une fillette de dix-sept ans.* Ce travail est renvoyé à une commission. Rapporteur : M. Ch. Monod.

Rapports.

Deux observations de chirurgie de l'estomac,

par M. le Dr Lafourcade.

Rapport de M. A. ROUTIER.

Notre confrère, le Dr Lafourcade, nous a envoyé deux observations sur la chirurgie de l'estomac, que je vais vous rapporter brièvement, car elles ont trait à des interventions qui sont aujourd'hui devenues classiques.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme âgée de quarante-trois ans qui présentait une grosse tumeur de l'hypocondre droit, accompagnée de vives douleur. La tumeur était manifeste-

ment pylorique, et cependant l'estomac n'était pas dilaté; elle n'avait jamais eu ni vomissements ni méléna; ce diagnostic de tumeurs du pylore fut confirmé par la dilatation gazeuse de l'estomac.

Le 25 mai 1898, M. Lafourcade fit une laparotomie et réséqua le pylore; la tumeur était du volume d'une mandarine.

Ne pouvant affronter facilement les deux surfaces de section, l'auteur, très sagement, sutura les deux orifices stomacal et duodénal, et rétablit la continuité du tube digestif par une gastro-entéro-anastomose antérieure.

La malade a bien guéri, la tumeur examinée était un épithélioma, ce qui n'empêche qu'aujourd'hui, trente mois après l'opération, elle est encore parfaitement guérie et en bon état.

Le point le plus saillant de cette observation est fourni par l'examen macroscopique de la tumeur; la lumière du pylore ainsi enlevé ne laissait passer qu'une sonde cannelée, et cependant la malade n'avait jamais vomi, comme je l'ai dit précédemment.

Dans sa seconde observation, M. Lafourcade relate un cas de gastro-entéro-anastomose antérieure qu'il a pratiquée pour obvier, dit-il, à un rétrécissement cicatriciel du pylore; cette fois, les vomissements étaient, depuis un mois, abondants et répétés, alimentaires et aqueux, très acides. Jamais il n'y avait eu de méléna.

La malade souffrait en réalité de l'estomac depuis trois ans; elle s'amaigrissait à vue d'œil, et malgré un curettage qu'on lui pratiqua (je m'associe à l'auteur pour dire je ne sais pas pourquoi), son état allait s'aggravant.

« Étant donné le passé gastrique de cette malade, nous dit Lafourcade, le diagnostic ne présentait aucune difficulté, il s'agissait d'un ulcère ancien de la région du pylore suivi d'un rétrécissement. »

Je ne crois pas, comme l'auteur, que ce diagnostic s'imposât.

Quand, le 20 avril 1900, M. Lafourcade a fait la gastro-entéro-anastomose antérieure, il a vu sur la face antérieure du pylore « une bande de tissu fibreux très dense d'un demi-centimètre, « allant du bord supérieur au bord inférieur du pylore, se conti- « nuant sur la face postérieure, mais moins marquée; à droite et « à gauche de la bande fibreuse, les tuniques de l'estomac et de « l'intestin paraissent légèrement indurées ».

En face de ces constatations, je me vois forcé de me demander s'il s'agit bien là d'un simple rétrécissement fibreux.

L'auteur fait une gastro-entéro-anastomose antérieure par trois étages de sutures.

Les premiers moments qui suivirent l'opération furent pénibles,

il y eut beaucoup de vomissements, mais ils cessèrent dans la nuit, et dès le lendemain on put commencer l'alimentation.

L'état de cette femme s'est complètement modifié; depuis elle a repris 15 kilogrammes, ce qui à mon avis n'est encore pas une raison pour être sûr qu'il ne s'agissait pas d'autre chose que d'un rétrécissement fibreux.

Quoi qu'il en soit, par ces bons résultats obtenus, vous le voyez, ces deux observations font le plus grand honneur à notre confrère, il a su voir les indications et les remplir.

Je ne renouvellerai pas, à propos de ces deux faits très simples, la discussion sur le meilleur moyen de pratiquer les sutures, les uns préfèrent les points séparés, les autres le surjet; j'estime que chacun doit pratiquer la suture qu'il croit le mieux avoir en main.

De même sur l'abouchement après résection du pylore : j'ai eu pour ma part à me louer de l'abouchement direct, le Billroth première manière; s'il m'est impossible de rapprocher les deux bouts, c'est à la fermeture de chacun, suivie de gastro-entéro-anastomose antérieure, que je donnerais la préférence comme M. Lafourcade.

Dans un cas où j'ai voulu, guidé par les idées théoriques, pratiquer la gastro-entéro-anastomose postérieure, j'ai dû, malgré tous les soins que j'avais pris pour suturer les collerettes épiploïques, pratiquer deux jours après une nouvelle laparotomie, à cause des vomissements incessants qui tourmentaient ma malade; je constatai qu'elle avait envoyé tout son paquet intestinal à travers la brèche épiploïque, dont un point avait dû lâcher; je remis le tout en place, et j'y ajoutai une entéro-anastomose en Y. J'eus la chance de sauver ma malade. Depuis, je suis resté fidèle à la gastro-entéro-anastomose antérieure.

Je vous propose d'adresser nos remerciements à M. Lafourcade et de déposer ses observations aux archives.

M. Guinard. — Je profite de l'occasion qui m'est fournie par le rapport de M. Routier, pour vous présenter un estomac provenant de l'autopsie, faite par mon interne M. Chapotin, d'un opéré de mon service de Bicêtre. Comme on peut le voir encore, malgré les modifications apportées par le séjour de la pièce dans le formol, l'estomac est biloculaire, et les deux loges, l'une sous-cardiaque, l'autre prépylorique, sont séparées par un canal long de 16 à 18 centimètres qui a le volume de l'œsophage. De plus, le pylore était rétréci par un anneau fibreux très serré qui n'avait que 18 à 20 millimètres de longueur.

Malheureusement, je n'ai fait cette constatation anatomique

qu'à l'autopsie, et j'ai pris pour l'estomac la poche prépylorique. Croyant alors qu'il ne s'agissait que du rétrécissement fibreux annulaire du pylore, je me suis borné à faire une pyloroplastie. Cette opération aurait été excellente s'il n'y avait pas eu cette grosse lésion au-dessus de l'antre pylorique dilaté que j'avais pris pour l'estomac, et je peux dire, pièces en main, que mon malade est mort de l'opération que je n'ai pas faite et non pas de l'opération que j'ai pratiquée.

Une gastro-entérostomie faite dans la poche sous-cardiaque l'aurait assurément guéri. Cela montre, une fois de plus, qu'avant de se décider pour une intervention sur l'estomac, il est nécessaire de le palper et d'étudier à fond sa topographie pour ne pas tomber dans l'erreur que je signale.

Malgré l'expérience que j'ai maintenant de la chirurgie gastrique, j'ai été induit en erreur par cette bizarre disposition anatomo-pathologique, et je crois très profitable de publier les faits malheureux de ce genre pour mettre en garde contre de pareilles surprises.

Voici l'observation telle qu'elle m'a été remise par mon interne M. Chapotin : l'extrême rareté des faits de ce genre et l'utilité qu'il y a pratiquement à les bien connaître, m'autorisent à la publier dans tous ses détails.

M... (Alfred), quarante-six ans, marchand de vins, entre dans le service le 11 mars. Comme antécédents, il accuse seulement des douleurs rhumatismales; jamais, d'après lui, il n'aurait fait d'excès alcooliques.

Depuis trois ans environ il souffre de l'estomac. Au début, ce n'était qu'une sensation de gonflement après les repas, des renvois acides, du clapotement stomacal le matin au réveil. Puis, progressivement, le malade a perdu l'appétit, sans présenter toutefois du dégoût pour les viandes et les aliments gras, sans vomissements alimentaires et sans hématémèses. Depuis quinze jours il est au régime lacté exclusif, et le lait lui-même ne peut être pris qu'en très petites quantités; toutefois pas de vomissements; de plus, deux lavements alimentaires par jour. Constipation opiniâtre.

L'état général est loin d'être *satisfaisant* : teint jaune anémique des téguments; amaigrissement considérable; malgré sa haute taille, le malade ne pèse que 63 kilogr. 700. Pas de tumeur perceptible à la palpation; ganglions assez volumineux dans les aines, pas de ganglions dans les creux sous-claviculaires. Après insufflation de l'estomac avec la poire du thermocautère, son bord inférieur descend à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Quantité d'urines en vingt-quatre heures, un litre et demi; urée, 3 à 4 grammes par litre.

Opération le 14 mars. — Anesthésie au chloroforme; incision sous-ombilicale.

Après incision du péritoine, la région pylorique et le pancréas apparaissent soulevés par les battements de l'aorte, avec une netteté telle que l'on songe un moment à une ectasie artérielle, cause de l'occlusion.

Mais en palpant la région pylorique, on perçoit un anneau fibreux comme une bague enchâssée dans les parois; en invaginant la paroi antérieure de l'estomac, on ne peut introduire l'index dans cet anneau parfaitement inextensible.

On pratique alors la pyloroplastie. Incision de 5 centimètres parallèle à l'axe de l'anneau fibreux; les deux lèvres de la plaie sont alors réunies, perpendiculairement à cet axe, par deux surjets à la soie, l'un musculo-muqueux, l'autre séro-séreux, enfouissant le premier.

Un surget au catgut referme le péritoine.

Dès le lendemain de l'opération, le facies est devenu mauvais; les yeux sont excavés, la peau bistrée. Pas un seul vomissement, bien que, au bout de vingt-quatre heures, on ait déjà administré lait et grogs. Hoquets constants. Le pouls devient de plus en plus faible et bientôt incomptable; mort le 19 au matin, dans le collapsus.

Autopsie. — Péritoine parfaitement sain. On jette deux ligatures, l'une sur l'œsophage, l'autre sur le conduit qui fait suite à la dilatation gastrique, et l'on enlève ainsi l'estomac. La pièce une fois sur la table, on s'aperçoit que l'on a laissé dans l'abdomen la portion où a été faite la pyloroplastie. On retourne chercher cette portion, que l'on détache avec le duodénum. Les deux fragments mis bout à bout, nous pouvons juger de la forme de l'estomac.

Au-dessous du cardia, la grosse tubérosité forme une poche à peu près sphérique, du volume du poing, d'où part, à droite, un canal, long de 16 à 18 centimètres environ, du calibre du duodénum avec lequel il se continue : c'est ce qui explique l'erreur, au moment de l'autopsie on avait cru faire la section sur le duodénum. La pyloroplastie a bien été faite à la terminaison duodénale de ce conduit, dont les parois sont épaisses et dures. La muqueuse semble parfaitement saine.

Toutefois, à un examen plus attentif, ce conduit semble présenter à sa partie moyenne une légère dilatation comprise entre deux points rétrécis : l'un à l'endroit où a porté la pyloroplastie, l'autre à l'endroit où le conduit se détache de la poche gastrique.

Nous nous trouvons donc en présence d'un estomac biloculaire dont la poche pylorique est devenue à peu près cylindrique, offrant l'aspect et même les dimensions de l'intestin grêle. Nous n'avons trouvé qu'une seule observation de cette forme anormale, un dessin original de Tuffier mentionné dans la thèse de Guillemot.

Maintenant nous devons nous demander comment cette malformation a pu passer inaperçue au moment de l'opération. Évidemment, c'es la poche pylorique seule qui a été vue; mais cette poche était beaucoup plus dilatée qu'elle ne l'est sur la pièce que nous vous présentons, et cette contraction que nous observons serait peut-être due à un spasme organique analogue à ceux que l'on rencontre sur l'intestin gros ou grêle.

En tout cas, l'autre rétrécissement a échappé, d'où l'indication d'explorer l'estomac du cardia au pylore avant d'opérer. Une gastro-entérostomie aurait donné dans ce cas un bon résultat, et M. Guinard a d'autant plus vivement regretté de ne pas y avoir eu recours, qu'il ne s'agissait pas d'un cancer et que la cure aurait été complète.

M. Poirier. — Routier a bien raison de demander la prudence dans l'affirmation du diagnostic. Il est fréquent, pièces en main, tournées et retournées au cours de l'opération, de ne pouvoir affirmer un diagnostic. J'ai éprouvé cet embarras au moins trois fois, la dernière ce matin même, en opérant un malade qui m'avait été confié par le Dr Le Gendre, mon collègue de Tenon. Le Gendre avait reconnu une dilatation considérable de l'estomac et il l'attribuait à une sténose pylorique, sans indiquer la nature de celle-ci, tout en inclinant vers l'hypothèse de rétrécissement par cicatrice d'ulcère. Le malade était jeune, très émacié (40 kilog.); l'estomac, très dilaté, était en totalité sous-ombilical et, au travers de la paroi abdominale très amincie, on suivait aisément les ondes de ses contractions.

Après l'incision, j'ai constaté sur la face antérieure de la région pylorique une légère vascularisation de la séreuse avec quelques taches opalines. Sur la face postérieure, les lésions de péripylorite étaient plus accentuées, la séreuse avait pris une consistance fibreuse et de nombreuses taches laiteuses témoignaient d'inflammations antérieures. Sous cette gangue, assez épaisse et fibroïde pour qu'il m'ait fallu en deux points la sectionner avec les ciseaux, la portion pylorique était *plissée* ; dès que l'anneau constricteur eut été rompu elle reprit sa largeur et sa consistance normales. — Quelle a été la cause de cette péripylorite? je ne sais; les voies biliaires étaient saines, de même la tête du pancréas.

Non content d'avoir levé l'obstacle, j'ai fait une gastro-entérostomie postérieure; c'est toujours à cette dernière que j'ai recours parce qu'elle est plus logique anatomiquement. Jamais je n'ai observé de *circulus viciosus* ; il est juste de dire que je prends toujours un point du jéjunum éloigné de vingt centimètres environ du point de croisement des vaisseaux mésaraïques.

M. Reclus. — J'ai opéré il y a un an une malade qui présentait des lésions à peu près semblables à celles du malade de M. Guinard. On avait diagnostiqué un cancer de l'estomac. Je trouvai une dilatation de l'estomac immédiatement au-dessous du cardia, puis un rétrécissement canaliculé aboutissant à une seconde poche prépylorique. La coarctation était si étroite que je crus devoir la supprimer. Il ne resta plus qu'un petit cornet adhérent au cardia,

et un autre semblable adhérent au pylore. Je réunis leurs deux bases et la guérison se fit sans incident.

J'ai observé un autre malade examiné il y a quatre ans par M. Terrier, qui avait reconnu une induration au niveau de la grande courbure, avait diagnostiqué un ulcère probable et proposé une intervention. Un an plus tard, j'examinai ce malade à Pau et ne découvris plus la moindre tuméfaction. Les troubles fonctionnels s'étaient améliorés. Après des excès de tout genre, le malade éprouva de nouveau des accidents graves et le diagnostic d'ulcère fut porté par plusieurs médecins. Je l'ai opéré il y a quinze jours; il était presque moribond, ne pesait plus que trente cinq kilos, et sa température maxima ne dépassait pas 36 degrés. L'estomac, très dilaté, ne présentait d'autre altération qu'une induration pylorique épaisse et d'autant plus suspecte que de nombreux ganglions existaient dans le voisinage. Je fis la gastro-entérostomie postérieure. Pendant trois jours, le malade vomit des quantités considérables de bile, et je crus à des accidents de *circulus viciosus*. Je l'alimentai avec du lait malgré les vomissements, et immédiatement ceux-ci s'arrêtèrent.

Aujourd'hui le malade se lève et nous avons partie gagnée.

J'ai observé une autre fois, après une gastro-entérostomie postérieure, des accidents de *circulus viciosus*. Le malade guérit après une opération de M. J.-L. Faure, qui rectifia la position de l'anse intestinale.

En somme, trois fois cette année, après la gastro-entérostomie postérieure, j'ai observé des troubles pouvant faire croire au *circulus viciosus*.

M. Tuffier. — Les questions abordées successivement portent sur plusieurs points de la chirurgie gastrique : le diagnostic avant l'opération, le diagnostic pendant l'opération, le manuel opératoire, et enfin les suites rares et curieuses :

1° Le diagnostic *avant l'opération* est surtout du ressort médical; nous avons voix au chapitre, mais nous ne pouvons pas avoir toutes les prétentions à cet égard. Il est très difficile dans certains cas de faire le diagnostic; bien souvent j'ai vu invoquer *la durée de la maladie* pour trancher la question d'ulcère et de cancer, le début des accidents remontant à quatre ou cinq ans était interprété comme la preuve qu'il s'agissait d'un ulcère. C'est là une erreur, j'ai opéré nombre de malades qui souffraient de l'estomac depuis des années et qui n'en n'avaient pas moins un cancer. Il existe certainement des cancers qui se développent sur des lésions inflammatoires anciennes, et au point de vue clinique il existe une période de dyspepsie précancéreuse. J'ai insisté sur

ces faits, il y a trois ans, et tout ce que j'ai vu depuis me confirme dans mon opinion. La présence de *la tumeur* n'est pas plus caractéristique; elle peut diminuer ou même disparaître par un mécanisme que j'ai étudié ici même. Si la tumeur est inflammatoire, elle fond, si elle est cancéreuse, elle peut aller se cacher sous les fausses côtes;

2° Pour tous ceux qui font de la chirurgie gastrique, il est de notoriété vulgaire que, à côté des cas bien nets d'ulcère et de cancer, il en est d'autres dans lesquels, *les pièces en mains*, il est matériellement impossible de trancher la question, et j'ai pratiqué des opérations devant des médecins et des anatomo-pathologistes qui n'étaient pas plus avancés que moi. Je n'insiste pas sur ces faits qui sont signalés partout;

3° Le diagnostic *post-opératoire* est aussi difficile; une gastro-entérostomie peut dans certains cas être suivie d'une amélioration si rapide et si durable que l'existence d'une lésion bénigne semble s'imposer. Il n'en est rien et en voici la preuve. Je vous ai montré ici même, il y a trois ans, un malade chez lequel le diagnostic différentiel avant l'opération et pendant l'opération était resté en suspens. Un an après avoir pratiqué la gastro-entérostomie, cet homme était si vigoureux, si coloré et dans un état de santé si parfait que je vous le présentais comme un cas de guérison d'un ulcère de l'estomac par la gastro-anastomose. Un an après ma présentation, c'est-à-dire deux ans après mon opération, cet homme entrait dans le service de M. Hayem, où il succomba ultérieurement à un cancer de l'estomac. La tumeur épigastrique, qui peut disparaître après l'opération, n'est pas plus caractéristique, comme nous l'avons établi ici même.

Je n'insiste pas sur le *manuel opératoire* des opérations gastriques; je suis resté fidèle à la gastro-entérostomie postérieure transmésocolique, avec la légère modification de suture muco-muqueuse avant l'ouverture de la cavité septique du tube digestif. Deux fois seulement, sur une centaine de cas, j'ai vu la bouche *gastro-intestinale fonctionner d'une façon défectueuse* après l'opération. Chez ma première malade, les vomissements qui m'avaient fait craindre un « circulus viciosus » cédèrent spontanément à un lavage de l'estomac. Chez une autre de mes opérées, le fonctionnement était défectueux, l'estomac se vidait mal; je fis quelques mois après une seconde laparotomie; je trouvai l'estomac maintenu en torsion par des adhérences du grand épiploon à la partie supérieure de la paroi abdominale; il me suffit de libérer ces adhérences pour rendre l'anastomose parfaitement perméable.

M. Guinard nous a signalé un cas curieux et a fait allusion à une disposition exceptionnelle et semblable que j'avais constatée.

Je ne reviens pas sur ce cas, mais je puis vous en citer un autre plus curieux encore. J'ai opéré à Lariboisière, le 21 octobre, un homme atteint d'une sténose cicatricielle du pylore. Après avoir ouvert l'abdomen et reconnu l'estomac et l'induration pylorique, je résolus de pratiquer la gastro-entérostomie; il me fut impossible de trouver l'intestin grêle; je relevai le tablier épiploïque, je vis le gros intestin qui remplissait l'abdomen, je cherchai la première anse jéjunale, je ne trouvai que le feuillet péritonéal postérieur que je déchirai; il n'y avait pas d'intestin grêle. Le malade était cachectique et je ne m'attardai pas à des explorations inutiles et dangereuses. J'incisai la sténose pylorique et je fis la pyloroplastie suivant Heincke Mickulicz. Mon malade se remit de son opération, il alla bien pendant quelque temps, mais il prit une broncho-pneumonie droite et succomba le 23e jour. Pendant les jours qui précédèrent l'issue fatale, il fut plusieurs fois examiné par un de mes collègues de médecine. A l'autopsie, je trouvai l'estomac et le duodénum en place, mais pas de jéjunum, pas d'iléon, le pylore perméable; tout l'intestin grêle était dans la cavité thoracique gauche, où personne n'avait soupçonné sa présence à ce niveau. Il s'agit donc d'une hernie diaphragmatique congénitale; le poumon de ce côté était formé par un moignon refoulé sous les premières côtes. Vous comprenez maintenant pourquoi je n'avais pas pu trouver l'intestin grêle pendant mon opération; voilà une indication de la pyloroplastie que je ne m'attendais certes pas à découvrir.

M. Hartmann. — Comme vient de le faire remarquer notre collègue Tuffier, les divers orateurs qui se sont succédé ont abordé des points multiples, les uns ayant trait à la période préopératoire, d'autres à l'opération même, d'autres enfin aux suites opératoires. J'aborderai successivement ces trois catégories de points.

1° Avec Tuffier et beaucoup d'autres, je pense que la très longue durée de l'affection gastrique ne suffit pas pour écarter l'idée d'un néoplasme. Maintes fois, chez des malades ayant un passé gastrique de plusieurs années, j'ai, pendant l'opération, constaté l'existence d'un cancer. La longue durée de la maladie n'a donc aucune valeur au point de vue du diagnostic, le cancer de l'estomac semblant souvent se développer sur une muqueuse antérieurement malade. Il y a donc accord entre nous sur ce point. Je cesse d'être de l'avis de Tuffier, lorsqu'il nous dit de laisser au médecin le soin de faire le diagnostic, et je proteste énergiquement contre cette manière d'envisager la question. Si j'excepte trois ou quatre d'entre eux, nos collègues médecins des hôpitaux ne savent pas faire ce que j'appellerai le diagnostic chirurgical de l'estomac.

Nous sommes du reste en bien meilleure situation qu'eux pour faire progresser la séméiologie gastrique, car ils ne peuvent vérifier leur diagnostic qu'à la période ultime, sur la table d'autopsie, alors que notre rôle est, au contraire, de préciser les signes de maladies au début. Il est donc important que nous, chirurgiens, nous fassions des examens cliniques aussi complets que possible et que nous ne soyons pas simplement des manœuvres.

A cet égard l'observation, présentée par M. Lafourcade mérite des critiques. Il nous dit que son malade n'avait pas de stase gastrique. Pour l'affirmer, il aurait dû faire, ce que ne dit pas l'observation, *le cathétérisme de l'estomac* le matin *après quatorze heures de jeûne absolu.* C'est une exploration que je ne manque jamais de faire chez les malades que je dois opérer. L'*insufflation de l'organe* rend aussi de grands services, vous le savez ; je n'y insiste pas. J'arrive maintenant à un mode de recherches bien connu des médecins qui s'occupent des maladies de l'estomac, l'étude du *chimisme gastrique.* D'après ce que j'ai observé, je crois que cette étude a une grande valeur, mais cette valeur n'est pas aussi absolue qu'on l'a dit. Dans de vieux ulcères, j'ai vu l'hyperchlorhydrie disparaître complètement et, au contraire, j'ai noté quelquefois une hyperchlorhydrie manifeste chez les cancéreux. Si je me reporte à un mode d'examen moins vulgarisé, l'*examen du sang*, il me semble qu'on peut de ce côté faire des constatations plus importantes au point de vue du diagnostic du cancer que celles résultant de l'analyse chimique d'un repas d'épreuve. Je poursuis en ce moment avec mon interne, M. Silhol, des recherches sur ce point, déjà étudié du reste par quelques médecins. J'attendais pour vous en parler d'avoir un nombre de faits suffisants. Dès aujourd'hui cependant, puisque la question se présente, je puis vous dire que j'attache à cet examen une très grande valeur. Dernièrement encore, chez un malade ayant comme histoire clinique et comme chimisme gastrique les signes nets d'un ulcère, l'examen du sang nous a donné la formule du cancer. L'opération nous a montré que nous nous trouvions bien en présence d'un néoplasme. Il y a donc de ce côté des constatations à faire dans nos services de chirurgie.

2° Lorsque le ventre est ouvert, il y a toujours intérêt à bien *examiner la totalité de l'estomac*, et notre ami Guinard a eu grandement raison d'insister sur ce point. Je ne manque jamais de pratiquer cet examen de tout l'estomac au cours de mes opérations. *Cet examen permet-il de faire toujours un diagnostic*, ou, comme tiendrait à le faire croire la communication de notre collègue Poirier, arrive-t-il souvent que l'on reste hésitant? Il m'a semblé, je parle évidemment ici des cas difficiles, que le dépoli, l'état vel-

vétique, l'existence d'adhérences inflammatoires de la paroi stomacale joint à une teinte un peu vineuse, à une dilatation des veines de cette paroi, étaient autant d'indices en faveur de l'ulcère, tandis que l'existence d'une induration avec teinte blanche avasculaire du reste de l'estomac militait en faveur d'un néoplasme. Très rares sont les cas où je reste hésitant.

3° A propos des *vomissements post-opératoires*, j'ai observé plusieurs fois des faits rappelant celui que vient de nous relater M. Reclus. M. Reclus nous a dit qu'après une gastro-entérostomie il a observé des symptômes lui faisant craindre du circulus viciosus et que les accidents ont cessé à la suite d'un début d'alimentation. C'est là un fait que mon ami Roux a, je crois, aussi observé. Je note que chez le malade de M. Reclus, il s'agissait d'un estomac très dilaté, atone. C'est toujours en pareil cas que j'ai observé cet accident que je n'ai jamais vu chez les malades ayant avant l'opération des douleurs suivies de vomissements répétés, ayant, en un mot, un estomac contractile. Il semble que l'ingestion brusque d'une certaine quantité d'aliments réveille la contractilité de l'estomac, tout comme l'injection brusque de liquide dans la vessie provoque quelquefois des contractions que ne détermine pas l'arrivée progressive de gouttes d'urine. Il m'est même plusieurs fois arrivé chez de pareils malades de laver l'estomac et de me servir ensuite du tube pour introduire d'un coup deux à trois cents grammes de lait. Je n'ai jamais eu à me repentir de cette pratique.

M. Pierre Delbet. — Je tiens d'abord à m'associer à ce que vient de dire mon ami Hartmann au sujet du diagnostic. Les chirurgiens doivent d'autant moins se désintéresser du diagnostic que c'est par la chirurgie qu'on est arrivé à diagnostiquer d'une manière précise et précoce la plupart des affections abdominales. La laparotomie, en permettant de rapprocher les symptômes des lésions dans leurs premières phases, a conduit à faire des diagnostics non seulement plus précis, mais plus hâtifs, ce qui est le point capital. Je me borne à signaler ce point de vue, et je vous demande la permission de vous rapporter très brièvement trois cas de chirurgie stomacale qui me paraissent avoir un réel intérêt.

Voici d'abord un homme d'une quarantaine d'années qui était arrivé au dernier degré de la maigreur. Obstruction pylorique à peu près complète; il vomissait tout ce qu'il prenait. Lorsque l'estomac était distendu, on sentait une tumeur assez volumineuse; lorsque l'estomac était vide, la tumeur remontait sous les fausses côtes et échappait complètement à l'examen. Quand l'abdomen fut ouvert, je fus stupéfait du volume de la tumeur; il est bien cer-

tain qu'alors même que l'estomac était distendu, on n'en sentait qu'une partie. La tumeur avait à peu près le volume du poing, se prolongeant plus sur l'estomac que sur le duodénum et, comme c'est la règle, plus vers la petite courbure que vers la grande. J'avais été surpris par le volume de la tumeur, je le fus encore bien davantage en constatant qu'elle ne présentait aucune adhérence. Les cancers du pylore contractent d'ordinaire des adhérences bien avant d'avoir atteint ce volume. Ici la tumeur était parfaitement mobile et il me fut très facile de l'enlever. Je suturai l'orifice stomacal; j'abouchai le duodénum à la face postérieure de l'estomac; les suites furent fort simples et le malade est actuellement guéri et en parfaite santé. Je vous le présenterai dans la prochaine séance. Sur la pièce fraîche, le pylore était réduit à un étroit pertuis qui laissait à peine passer une petite sonde cannelée.

L'examen histologique a été fait par M. Brissaud, qui m'avait confié le malade, et il a fourni l'explication des phénomènes anormaux, volume considérable de la tumeur sans adhérences. Il s'agissait en effet d'une linite plastique sur laquelle s'était développé secondairement un épithéliome.

Je passe à deux cas malheureux qui me paraissent fort instructifs.

Un malade que j'ai opéré il y a pas mal d'années présentait des symptômes très nets d'ulcère du duodénum. Ce qui permettait dans ce cas d'affirmer le diagnostic de lésion duodénale, c'est le moment précis auquel apparaissaient les douleurs. L'estomac se laissait remplir sans réagir, puis, trois heures environ après les repas, apparaissaient des douleurs d'une acuité atroce. En somme les phénomènes douloureux apparaissaient seulement lorsque l'estomac vidait son contenu dans le duodénum. Depuis quelque temps étaient apparues des hémorragies si fréquentes et si considérables qu'elles avaient amené le malade à une anémie extrême et mis sa vie en danger. C'est alors que mon ami Vaquez me pria de l'opérer. Je fis une gastro-entérostomie antérieure, au cours de laquelle je pus constater qu'il existait dans la première portion du duodénum une petite induration. Le malade supporta très bien l'intervention. Le nouvel orifice gastro-intestinal fonctionnait parfaitement; le malade pouvait boire et manger sans souffrir. Je le considérais si bien comme guéri que j'avais quitté Paris, quand, vers le neuvième jour, il fut pris d'une nouvelle hémorragie à laquelle il succomba en deux heures.

Ainsi, alors même que les aliments ne passaient plus par la portion du duodénum où siégeait la lésion, l'ulcère avait de nouveau saigné. J'ai été très vivement impressionné par ce cas, et je ne puis y penser sans une profonde tristesse, car je me

rappelle combien il aurait été facile d'enlever le mal. Aussi je me demande s'il ne vaudrait pas mieux dans les cas de ce genre préférer la résection du segment malade à la gastro-entérostomie.

Certainement la pylorectomie s'est montrée d'une manière générale plus grave que la gastro-entérostomie, mais elle est grave dans les cas où il existe des adhérences qui rendent l'opération laborieuse. Mon ami Hartmann a très justement insisté sur ce point. Or, dans ces cas, il n'y a pas d'adhérence, et l'opération ne présenterait sans doute pas une grosse gravité. D'autre part, la gastro-entérostomie, même dans les cas d'ulcère du duodénum, où les circonstances sont cependant des plus favorables, puisque les aliments ne viennent plus au contact de la lésion, la gastro-entérostomie n'empêche pas toujours, mon cas le prouve, les hémorragies de se reproduire. Ainsi, considérant d'une part la facilité de la résection dans les cas dont je parle, et d'autre part l'insuffisance thérapeutique possible de la gastro-entérostomie, je pense qu'il vaut mieux faire la résection, d'autant plus qu'il y a toujours une part d'incertitude dans le diagnostic et qu'il peut s'agir d'une tumeur maligne.

Voici maintenant un troisième malade qui a succombé avec les phénomènes qu'on attribue au *circulus viciosus*. C'était un homme d'une quarantaine d'années, qui avait une obstruction pylorique peut-être d'origine biliaire. Il avait en tout cas un estomac extrêmement dilaté qui se vidait mal. Son état général était encore bon, lorsque M. le professeur Hayem me pria de l'opérer. Je lui fis une gastro-entérostomie postérieure. Il supporta bien l'opération, n'eut pas de choc, mais les vomissements, d'abord chloroformiques, prirent rapidement un autre caractère. Ils étaient remarquables non seulement par leur abondance mais surtout par leur extraordinaire fréquence. Le pauvre homme ne restait guère plus de cinq minutes sans rendre un jet de liquide marron foncé. Il présentait en somme les accidents attribués au *circulus viciosus*.

Or M. Hayem fit l'analyse du liquide vomi et constata qu'il ne renfermait pas trace de bile. C'était du suc gastrique mêlé d'une petite quantité de sang.

Je rouvris le ventre, je fis une anastomose large entre les deux bouts de l'anse abouchée dans l'estomac; mais la malade continua à vomir comme avant et ne tarda pas à succomber.

Je ne sais pas si dans les cas de vomissements abondants, fréquents, incoercibles attribués au *circulus viciosus*, on a fait l'examen chimique du liquide; je ne sais pas s'il est des cas où on y a trouvé de la bile; mais je dis que ces accidents, même lorsqu'ils sont très caractéristiques, comme dans mon cas, ne sont pas toujours dus au *circulus viciosus*.

En effet, dans ce cas, il n'y avait pas de bile dans le liquide vomi d'une part et d'autre part les vomissements ont continué avec les mêmes caractères après l'entéro-anastomose qui supprimait forcément le *circulus viciosus*.

A ces arguments, on peut en ajouter un autre que voici. Admettons que le *circulus viciosus* s'établisse et que le contenu de l'estomac ne puisse absolument pas se vider dans l'intestin, les opérés seront exactement dans les mêmes conditions que les malades atteints d'obstruction sous-pylorique. Or, est-ce que chez ces derniers les vomissements se produisent dans ces conditions? En aucune façon. Les malades atteints d'obstruction sous-pylorique remplissent leur estomac complètement, puis le vident d'un seul coup une ou deux fois par jour par des vomissements d'un ou même deux litres de liquide.

En somme, pour ces trois raisons, absence de bile dans le liquide vomi, persistance des vomissements après l'entéro-anastomose secondaire, caractère des vomissements, je dis que chez mon malade, et chez d'autres sans doute, les accidents, bien que présentant le type de ceux qu'on attribue au *circulus viciosus*, ne lui étaient pas dus.

Quelle était leur cause? Mon malade rentrait dans la catégorie de ceux dont parlait tout à l'heure mon ami Hartmann : il avait un estomac très dilaté, très aminci, qui se contractait mal. Peut-être aurais-je réussi à supprimer les vomissements en lui imposant de prendre d'un seul coup une grande quantité de liquide! Je n'en sais rien, je ne l'ai pas fait.

Mais il me semble que le *circulus viciosus* n'explique pas ces phénomènes, en particulier la fréquence des vomissements. Il me semble que cette fréquence ne peut être attribuée qu'à des phénomènes nerveux, et je suis tenté de croire qu'elle est due à des conditions que nous ne connaissons pas et qu'il faudrait déterminer dans la manière dont l'abouchement est fait.

M. Tuffier. — Le diagnostic de l'ulcère et du cancer par l'examen de la *formule hématique* appartient en effet à l'École de M. Hayem, qui cherche depuis bien des années à faire pénétrer parmi nous l'hématologie comme moyen de diagnostic. Voici le cas d'un malade que j'ai opéré il y a trois ans et demi et dans lequel ce mode d'investigation fut mis à contribution dans des circonstances particulièrement intéressantes. J'ai opéré à la Pitié, il y a trois ans, un malade qui m'avait été adressé par M. Hayem et chez lequel le diagnostic de cancer de l'estomac avait été porté grâce à l'examen du sang. Cet homme, d'une pâleur cireuse, était anémié à un si haut degré qu'il avait été reçu dans le service et

étiqueté *anémie pernicieuse*. Par l'examen de sa formule hématique, M. Hayem porta le diagnostic cancer, et, comme il existait des troubles dyspeptiques, il localisa le néoplasme dans l'estomac, et cela avec une telle conviction qu'il n'hésita pas à me demander d'intervenir. Je n'ai jamais opéré de malade aussi profondément anémié, sauf dans les ulcères hémorragiques de l'estomac. La laparotomie me fit découvrir un énorme épithéliome occupant les deux tiers de l'estomac, face postérieure et antérieure; je fis la gastrectomie, et le segment stomacal enlevé mesurait, après macération dans le liquide de Muller, 15 centimètres de long. L'examen pratiqué par M. Hayem montra qu'il s'agissait d'un cancer. J'ajoute que ce malade est à l'heure actuelle bien portant.

M. Schwartz. — Chez une malade présentant des accidents de sténose pylorique, j'ai fait la gastro-entérostomie antérieure sans établir l'anastomose entre les deux portions de l'anse abouchée à l'estomac. Des vomissements séro-sanguins constants, sans bile, se produisirent après l'opération. Deux jours plus tard, je fis avec le bouton de Murphy l'anastomose des deux bouts de l'anse. Les vomissements continuèrent, et la malade succomba.

A l'autopsie, je constatai que l'abouchement stomacal était parfait, que l'anse anastomosée était correcte, mais j'avais pris la partie de l'intestin grêle immédiatement voisine du point où le jéjunum se dégage au-dessous du *méso-côlon* transverse. La brièveté de cette partie occasionnait un tiraillement de l'estomac; peut-être est-ce là la raison de ces vomissements continuels pouvant en imposer pour un *circulus viciosus*.

M. Broca. — Nous savons tous que la chimie est une très belle chose. Mais quand un malade est dyspeptique, vomit et est anachlorhydrique, il ne faut pas sur cela seul conclure à la certitude d'un cancer. Je connais un malade qui, examiné par un des princes de la chimie gastrique, se trouvait en cet état. Après quelques mois de traitement médical inefficace, il présenta quelques troubles de l'équilibre, puis des accidents graves et brusques de compression intracranienne. Je lui drainai un kyste du lobe droit du cervelet: il y a de cela deux ans et il est en santé parfaite.

M. Pierre Delbet. — Je tiens à dire que chez mon malade, lors de la seconde opération, j'ai constaté la disposition dont notre collègue Schwartz vient de parler. Le segment afférent de l'anse abouchée à la face postérieure de l'estomac était court.

M. Routier. — Comme je vous le disais en commençant ce court

rapport, les deux observations qui en étaient le point de départ m'avaient paru tellement classiques, que je n'avais pas voulu reprendre à leur propos toute la chirurgie de l'estomac.

Puisque divers orateurs ont cru devoir relever quelques points particuliers que j'avais pour ainsi dire négligés à dessein, je vais tâcher de répondre à chacun.

Dans toutes les interventions chirurgicales, plus encore peut-être dans la chirurgie gastro-intestinale que dans toutes autres, il faut voir ce qu'on fait, et, surtout, voir les différents organes avant de se décider à rien faire. Il ne faut pas craindre d'attirer l'estomac, de bien s'assurer de son état, de ses rapports, de l'état du duodénum, de la tête du pancréas, de l'état des voies biliaires, avant de rien ouvrir; on évitera ainsi bien des déboires.

J'ai fait à propos du diagnostic, avant ou pendant l'intervention, les restrictions qui ont provoqué la communication de mon ami Poirier; je dirai à mon ami Hartman qu'il m'est arrivé de voir des malades chez lesquels on avait fait toutes les recherches cliniques, examiné le sang, distendu l'estomac, et il n'y avait pas moins eu erreur de diagnostic; j'ai pu tout de même soulager ce malade par une gastro-entéro-anastomose.

J'estime qu'il vaut mieux faire la pylorectomie que la gastro-entéro-anastomose: quand elle est possible, c'est-à-dire quand il y a peu d'adhérences, car alors la pylorectomie n'est pas plus grave que la gastro-entéro-anastomose.

C'est pour un cas absolument désespéré et pour une tumeur énorme que j'ai pu faire ma première pylorectomie; la malade fut absolument ressuscitée, pendant un an elle a cru qu'elle rajeunissait. La récidive est venue malheureusement. Quant à la gastro-entéro-anastomose, quand je la fais, je la fais antérieure; je vous ai dit tous les ennuis que j'avais eus dans un cas de gastro-entéro-anastomose postérieure, et bien que j'aie pu sauver ma malade, j'en suis revenu à la gastro-entéro-anastomose antérieure, qui ne m'a pas donné d'ennui, peut-être parce que, sachant que dans l'anse que je vais fixer il faudra loger l'épiploon et le côlon, je laisse cette anse très lâche, et je m'assure de sa longueur avant de la fixer.

Abcès tuberculeux du sein,

par M. PLUYETTE, chirurgien des hôpitaux de Marseille.

Rapport de M. A. BROCA.

M. Pluyette nous a adressé l'observation d'une fille soumise de vingt-trois ans qui, sans doute à la suite d'une succion du sein, — devoir professionnel, nous fait remarquer l'auteur, — vit survenir au mamelon droit un petit bouton prurigineux qu'elle écorcha. Depuis ce moment, le sein grossit de façon lente mais continue, tandis que se manifestaient les symptômes d'une fièvre modérée, avec légers frissons, la région malade étant le siège de quelques sensations de chaleur, de quelques douleurs lancinantes.

En janvier 1899, six semaines après le début, M. Pluyette vit un sein très volumineux, mais de forme régulière, d'aspect tout à fait normal, n'eût été la comparaison avec le côté opposé. Si bien qu'au premier abord on aurait cru à un soulèvement par un abcès rétromammaire, sans la présence, au niveau de l'aréole, d'un point limité, un peu rouge, légèrement surélevé, nettement fluctuant. La masse était rénitente, mobile sur le grand pectoral.

La malade entre à l'hôpital le 23 janvier, dans le service de M. Vidal, qui, avec l'aspirateur Potain, évacue environ un demi-litre de pus verdâtre et épais. La température qui, avant l'intervention, était de 38°7 le soir, resta le matin à 37, le soir monta entre 38 et 39, tandis que la poche se remplissait et que le trajet du trocart se fistulisait, et, le 1er février, M. Pluyette entreprit une opération complète. Après anesthésie à l'éther, il traça une incision demi-circulaire contournant le sillon sous-mammaire et remontant de là vers l'aisselle, de façon à être prêt, soit pour un simple drainage, soit pour une amputation du sein. Il tomba dans une vaste poche, située dans la glande détruite, à parois tapissées par un semis de granulations jaunâtres : il s'agissait évidemment de tuberculose et l'amputation fut pratiquée. La réunion immédiate fut obtenue et la malade quitta l'hôpital, guérie, le 21 février. Elle a été revue le 15 septembre 1900, en parfait état. Quoique transformée en amazone, nous dit M. Pluyette, elle exerce avec succès son commerce. L'examen histologique, pratiqué par M. Blanc, préparateur à l'Ecole de médecine de Marseille, a démontré la nature tuberculeuse des lésions. Le bacille de Koch a été trouvé sous le derme, dans les tubercules de Montgomery, mais non dans les parois glandulaires du foyer. En sorte que, étant admise l'inoculation directe du sein par succion, la propagation par voie vasculaire ou par voie canaliculaire reste discutable.

Malgré l'absence d'inoculation au cobaye, malgré l'état fébrile évident, nous pouvons admettre que l'examen histologique a été probant, d'autant mieux que si la malade était indemne de toute lésion en évolution autre que celle du sein, elle présentait au cou les cicatrices d'écrouelles survenues à l'âge de dix ans. Il convient d'ailleurs de faire remarquer les anomalies symptomatiques de cette tuberculose mammaire à marche rapide, sans adénopathie. M. Pluyette, il est vrai, nous rappelle des cas analogues de Remy et Noël (1), de Gaudier et Péraire (2). Dans ce dernier cas, même, on a noté une fonte du sein en huit jours. Mandry, Schede, ont également observé l'abcès froid tuberculeux du sein : cette forme est rare et n'est pas signalée par Dubar, mais elle est réelle. Enfin, un des points les plus intéressants du cas de M. Pluyette, est que la malade, au bout de vingt mois, était en parfait état local et général; or, d'après un relevé de Delbet, cela n'a eu lieu que deux fois sur six malades revues à longue échéance.

Comme les faits de ce genre ne sont pas fréquents, je vous en signalerai un que j'ai lu il y a quelques jours dans l'*Année médicale de Caen* (3), après avoir reçu le travail de Pluyette. Ici aussi il s'agit, chez une femme de vingt-trois ans, d'un abcès froid du sein droit, fistulisé au niveau du mamelon ; il n'y avait pas d'adénopathie axillaire; rien dans les poumons. Le 18 mai 1891, M. Le Clerc (de Saint-Lô) réséqua la partie malade, en incisant franchement en tissu sain, et il obtint la réunion immédiate. Treize mois après, le 20 juin 1892, la malade se portait bien; d'où M. Le Clerc conclut que Mandry a tort de préconiser toujours l'amputation totale du sein. La malade est morte en 1900, de tuberculose pulmonaire.

Je vous propose d'adresser nos remerciements à M. Pluyette, et de l'inscrire dans un rang honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

(1) *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1893, p. 412.

(2) *Revue de chir.*, 1895, p. 778.

(3) *Année médicale de Caen*, T. XXV, p. 10, p. 176, 15 octobre 1900).

Présentations de malades.

Plaies pénétrantes de la plèvre droite et du diaphragme; rupture de la face convexe du foie; suture du foie, du diaphragme et de la plèvre; guérison.

M. Gérard-Marchant. — J'ai l'honneur de présenter, au nom de mon interne M. Charles Lenormant, un jeune blessé qui offre un véritable intérêt au point de vue de l'intervention opératoire. Voici son observation :

S... (Eugène), quinze ans, sans profession, entré, le 19 septembre 1900, à l'hôpital Boucicaut, service de M. Gérard-Marchant, pavillon L. Le Fort, salle Vésale, lit n° 7.

Le 19 septembre, à 6 heures du soir, le blessé fut atteint dans les conditions suivantes : il était occupé à marteler, pour en séparer le cuivre, de vieilles ferrailles parmi lesquelles était un pétard encore intact, chargé au fulmi-coton, analogue à ceux qui sont employés comme signaux par les chemins de fer. Une explosion violente se produisit qui l'atteignit en plusieurs points du corps et surtout à la partie inférieure et droite du thorax, et lui fit perdre connaissance.

Après un pansement sommaire chez un pharmacien, le blessé fut amené à l'hôpital à 7 h. 1/4. Il est encore en état de choc, respirant difficilement avec des pauses, la face criblée par l'explosion; pouls à 62; l'intelligence est intacte, le blessé répond bien aux questions.

A l'examen il présente :

1° *A la main gauche*, un écrasement complet du pouce, de l'index et de la dernière phalange du médius; l'éminence thénar est déchirée; les deux premières phalanges du médius, l'annulaire et l'auriculaire sont intacts. Cette plaie a saigné abondamment dans le pansement.

2° *Dans la région du creux épigastrique*, deux très petites plaies, l'une médiane, immédiatement au-dessous de l'appendice xiphoïde, longue de 10 à 15 millimètres, au niveau de laquelle fait hernie un peloton graisseux; l'autre, située un peu plus à gauche, sous le rebord costal, à peu près verticale et longue de 2 centimètres.

3° *A la partie inférieure et droite du thorax*, trois plaies contuses, toutes pénétrant jusqu'à la plèvre (ces plaies ont saigné très abondamment, comme le prouve l'examen des vêtements du blessé et des pièces du premier pansement) :

a) Sur la ligne axillaire antérieure, une plaie verticale à bords assez nets, longue de 3 centimètres, saignant beaucoup, et au niveau de laquelle on constate nettement de la traumatopnée;

b) Plus bas et plus en avant, une plaie à peu près horizontale, longue de 2 cent. 1/2, dans le fond de laquelle on sent une côte (probablement la 7e ou la 8e) fracturée et mobile;

c) Enfin, tout à fait en avant, sur la ligne mamelonnaire, une très large

perte de substance à bords déchiquetés et noircis, mesurant 7 centimètres sur 5 : on voit, à ce niveau, des cartilages costaux fracturés et, à la partie supérieure et interne de la plaie, on aperçoit le bord droit du sternum; au-dessous, il y a une masse rouge sombre et saignant en nappe.

A 7 h. 1/2, le pouls est à 80, la température à 35 degrés.

On fait un quart de piqûre de morphine, des injections sous-cutanées d'éther, 400 grammes de sérum par voie hypodermique, des inhalations d'oxygène. A 9 h. 1/2, le malade paraît un peu remonté et, bien que la température soit encore à 35°1 et le pouls à 96 avec de l'arythmie, M. Charles Lenormand se décide à intervenir.

Opération. — Anesthésie très légère au chloroforme.

Les trois plaies thoraciques sont réunies l'une à l'autre par une incision courbe; les cartilages fracturés sont enlevés et on résèque à la pince-gouge quelques centimètres de côtes en plus pour se donner du jour; on trouve dans la plaie deux petits fragments métalliques provenant de l'explosion.

On peut constater alors que l'organe rouge sombre situé au fond de la plaie est le foie, largement visible à travers une plaie diaphragmatique longue d'une douzaine de centimètres et dont la lèvre supérieure est remontée haut dans le thorax. Mais, comme on n'aperçoit pas d'abord de plaie du foie et qu'un flot de sang rouge s'écoule en haut de la cavité thoracique, rythmé par les mouvements respiratoires, on croit à une plaie du poumon et on agrandit en haut l'incision le long du bord droit du sternum; le poumon rétracté vers la colonne vertébrale ne saigne pas et ne présente aucune lésion; le sang épanché dans la plèvre provient d'ailleurs.

On revient alors au foie et on trouve sur sa face convexe une solution de continuité longue d'environ 6 centimètres et se bifurquant à son extrémité droite, saignant abondamment en nappe; il s'agit évidemment d'une rupture du foie par suite de la contusion qu'a produite l'explosion.

Avec l'aiguille de Reverdin courbe, on passe quatre fils de grosse soie plate (n° 5 Leclerc) en plongeant dans le tissu hépatique à deux travers de doigt de la plaie et ressortant à la même distance; les fils une fois serrés, les lèvres de la plaie hépatique se trouvent accolées et l'hémorragie s'arrête; néanmoins, pour plus de sûreté, on applique sur toute la longueur de la suture une grosse mèche de gaze stérilisée qui ressortira par l'extrémité inférieure de la plaie. Puis, avec des pinces de Kocher, on abaisse la lèvre supérieure de la plaie diaphragmatique, qui est fermée par un surjet de catgut. Enfin, suture en un seul plan de la peau et des parois thoraciques de façon à fermer la cavité pleurale qui est drainée par une mèche laissée à l'angle postérieur et inférieur de la plaie.

M. Lenormant examine ensuite les deux petites plaies du creux épigastrique: l'une n'est pas pénétrante, l'autre (celle située sur la ligne médiane) atteint la cavité péritonéale, mais n'intéresse aucun viscère. Toutes deux sont suturées.

L'opération a duré en tout cinquante minutes; le pansement ablo-

minal une fois terminé, on profite de ce que le blessé n'est pas encore complètement réveillé pour refaire le pansement de sa main. — Deux injections d'éther pendant l'opération.

Le malade se réveille bien. A minuit, sa température est à 37 degrés. Nuit tranquille. Injections de caféine et d'huile camphrée.

20 *septembre*. — *Matin* : pouls, 130 à 140, bien frappé; temp., 37°6.

Le blessé, encore pâle, s'est réchauffé; la voix est plus distincte; soif vive; 500 grammes de sérum.

Soir : pouls, 160; temp., 39°6.

État beaucoup moins bon que le matin : dépression accentuée, délire, voix affaiblie, respiration rapide; le pansement a suinté abondamment.

21 *septembre*. — *Matin* : pouls, 120; temp., 38 degrés.

La nuit a été tranquille et l'état général s'est amélioré : urines abondantes, facies plus coloré, respiration facile, langue encore un peu sèche.

A l'auscultation, on reconnait que déjà, c'est-à-dire trente-six heures après l'opération, le poumon droit respire normalement dans toute la hauteur du thorax; à gauche, un peu de congestion; ventouses en avant et en arrière.

On refait le pansement sans toucher aux mèches.

Soir : pouls, 130; temp., 38°1.

Le blessé est agité. Demi-seringue de morphine. Lavement qui ne donne pas de résultat.

22 *septembre*. — *Matin* : pouls, 112; temp., 38 degrés.

Le blessé va bien; on refait le pansement de la main. 300 grammes de sérum.

Soir : pouls, 120; temp., 38°6.

50 centigrammes de calomel; une selle.

23 *septembre*. — *Matin* : pouls, 108; temp., 36°6.

Soir : pouls, 96; temp., 37°8.

Le mieux continue; on commence à alimenter le malade.

24 *septembre*. — *Matin* : pouls, 100; temp., 36°4.

On refait le pansement et on enlève (5ᵉ jour) la mèche qui draine la plèvre et la grosse mèche qui tamponne la suture hépatique; celle-ci est colorée légèrement par la bile; une douleur vive est ressentie à l'épaule droite au moment où on a retiré la mèche hépatique. On remet une petite mèche dans la plèvre.

Soir : pouls, 112; temp., 38°3.

25 *septembre*. — *Matin* : pouls, 100; temp., 36°8.

Soir : pouls, 108; temp., 39°3 (à 4 heures, mais à 6 heures on ne trouvait plus que 38°1).

Suintement biliaire assez abondant. Conjonctivite et kératite de l'œil droit qui a présenté une plaie cornéenne inaperçue lors de l'accident : collyre à l'atropine.

26 *septembre*. — *Matin* : pouls, 100; temp., 36°8.

Soir : pouls, 94; temp., 37°5.

27 *septembre*. — *Matin* : pouls, 102; temp., 37 degrés.

On refait le pansement et on enlève une partie des fils; à l'endroit où étaient les mèches, s'écoule de la bile mélangée de pus.

Soir : pouls, 104; temp., 37°3.

28 *septembre*. — *Matin* : pouls, 100; temp., 36°8.

Soir : pouls, 102; temp., 37°7.

29 *septembre*. — *Matin* : pouls, 94; temp., 37 degrés.

Soir : pouls, 102 ; temp., 37 degrés.

30 *septembre*. — *Matin* : pouls, 100; temp., 36°8.

Pansment.

Soir : pouls, 102; temp., 38°4.

Depuis lors, aucun incident nouveau n'est survenu. La température est toujours restée au-dessous de 38 degrés; le 2 octobre, en faisant le pansement, M. Lenormant résèque d'un coup de pince-gouge un fragment costal nécrosé qui faisait saillie à la partie supérieure de la plaie. La fistule biliaire a été en diminuant et, vers le 15 octobre, elle était complètement tarie.

Le 23 octobre, c'est-à-dire trente-quatre jours après la blessure et l'opération, le malade se levait avec sa plaie cicatrisée. Dans la région traumatisée, on sent la perte de substance créée par la résection costale; il n'y a pas d'impulsion à ce niveau quand le malade tousse. La percussion et l'auscultation donnent des résultats normaux dans toute l'étendue du poumon droit.

Le 9 *novembre*, le malade est endormi et on fait des greffes de Thiersch sur la plaie de la main non encore complètement cicatrisée.

Le malade a quitté le service complètement guéri, le 3 décembre.

Telle est l'observation de M. Lenormant.

Comme les faits de ce genre sont exceptionnels, je me propose de les réunir et de vous faire un rapport à propos de cette observation.

Luxation de l'épaule datant de dix-huit mois.

M. Guinard. — A l'occasion de la discussion en cours sur le traitement des luxations anciennes de l'épaule, je crois intéressant de vous présenter un vigoureux terrassier âgé de cinquante-trois ans, qui s'est présenté récemment à moi dans les conditions suivantes.

Cet homme s'est luxé l'épaule gauche, il y a dix-huit mois. Un médecin de Périgueux, en essayant de réduire cette luxation (sans anesthésie), a fracturé l'humérus au niveau de l'insertion du deltoïde. Il a aussitôt, sans réduire la luxation, appliqué un appareil plâtré qui est resté cinquante jours en place : on a trouvé alors la fracture consolidée, mais on a laissé le blessé avec sa luxation. Depuis lors il s'est développé progressivement

une atrophie musculaire très prononcée qui porte sur les muscles innervés par le nerf cubital. Les interosseux, l'adducteur du pouce, etc., sont atrophiés au maximum. Cependant le blessé a suffisamment recouvré l'usage de son membre pour qu'il puisse exercer sans trop de gêne son métier de terrassier.

L'abduction est possible : le bras s'élève très notablement au-dessus de l'horizontale.

Il porte le bras en arrière comme avant. Seule, la rotation en dehors est à peu près impossible.

En somme, l'état fonctionnel est si satisfaisant que le malade ne serait pas venu consulter le chirurgien si des accidents de compression du plexus brachial n'amenaient depuis quelque temps des fourmillements dans la zone innervée par le cubital et un engourdissement de plus en plus prononcé dans les deux derniers doigts. — Je me propose de faire incessamment la résection de la tête humérale, non pas pour améliorer les fonctions du membre supérieur, mais pour soustraire le plexus brachial à la compression de la tête humérale.

M. Schwartz. — Ce malade a été dans mon service; nous lui avons, M. Hennequin et moi, mobilisé sa tête humérale sous chloroforme. Le résultat de notre tentative a été qu'il fait des mouvements qu'il n'avait pas avant. Je n'ai pas voulu lui faire de résection. Les troubles qu'il éprouvait ne m'ont pas paru suffisants pour légitimer cette intervention.

Ligature de la sous-clavière pour anévrisme.

M. Tuffier. — La malade que je vous présente a subi la ligature de la sous-clavière au sortir du thorax pour un anévrisme intra-scalénien. Il m'a été impossible de détacher le sac du plexus brachial. La malade a guéri.

Fracture de la colonne lombaire.

M. Delorme. — J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie un soldat de l'École de Gymnastique de Joinville qui, depuis une chute faite sur les pieds d'une hauteur de plus de 4 mètres, présente dans toute l'étendue de la région lombaire une saillie marquée, émoussée, à sommet correspondant à la deuxième lombaire.

Je crois que cet homme a été atteint de fracture. La radiographie a montré une déformation analogue à celle que la main constate, mais pas plus nette.

Ce qu'il y a d'intéressant, quoique très explicable, dans l'histoire de ce malade, c'est que, depuis le début, il n'a présenté ni trouble de sensibilité notable ou de motilité ni trouble vésico-rectal.

Il n'a été qu'immobilisé dans son lit. Actuellement les mouvements d'extension, de flexion, de latéralité ont, on pourrait le dire, toute leur étendue, tant la diminution des mouvements d'extension et de flexion est insignifiante.

M. Bazy. — J'ai eu dans mon service un malade dans les mêmes conditions. La saillie était encore plus marquée et il ne ressentait aucun trouble fonctionnel.

Présentations de pièces.

Fibromes avec obstruction du détroit inférieur compliqués d'une grossesse de quatre mois et demi environ. Hystérectomie abdominale supravaginale. Guérison.

M. Schwartz. — J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie une pièce de fibromes de l'utérus multiples compliqués de grossesse de quatre mois et demi environ.

J'ai dû pratiquer chez cette jeune femme de trente ans l'hystérectomie supravaginale, parce que des fibromes plongeant dans le petit bassin obstruaient complètement le détroit inférieur. D'après l'avis de collègues accoucheurs des hôpitaux, l'arrivée à terme paraissait difficile, étant donné le volume actuel et l'accouchement impossible. Devant la gravité de l'opération césarienne pratiquée sur un utérus fibromateux (40 p. 100 environ de mortalité), suivie de l'ablation partielle ou totale de l'utérus, j'ai cru, d'après leur avis, devoir pratiquer l'hystérectomie supravaginale.

L'opérée est sortie guérie au bout de dix-huit jours.

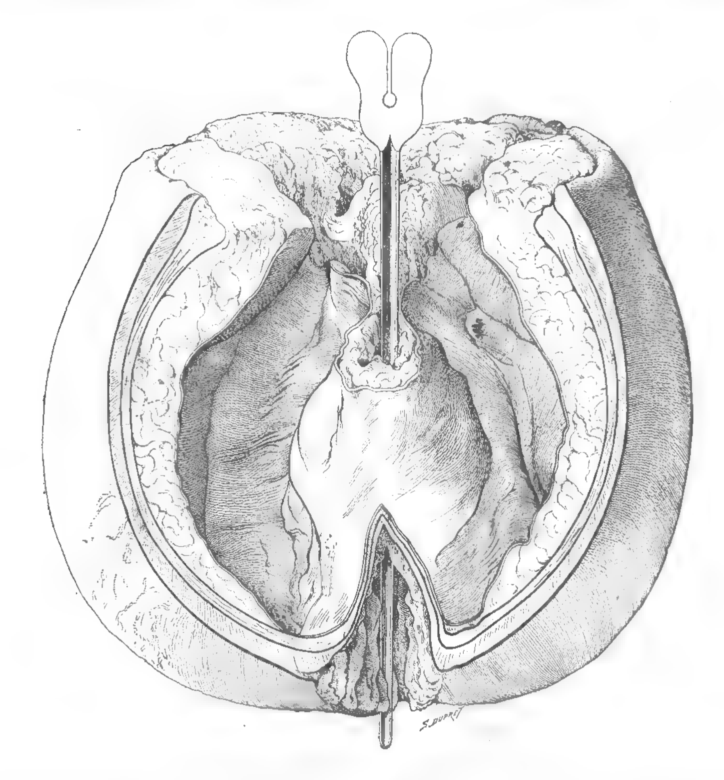
La masse totale pèse 4 kilogr. 1/2; l'utérus est bourré de fibromes interstitiels et sous-péritonéaux.

Je ne donne que ce court résumé, devant publier l'observation complète avec réflexions sur le traitement des fibromes compliqués de grossesse dans une autre société.

Prolapsus rectal.

M. GÉRARD-MARCHANT. — Dans la séance du 11 avril 1900 j'ai eu l'honneur d'exposer devant vous la pathogénie du prolapsus du rectum, telle que la conçoit Ludlow, et, avec cet auteur, de rapporter à la hernie *périnéale primitive* la cause de tous les prolapsus.

Ce serait abuser de votre attention que de reprendre les argu-



ments de cette démonstration. Si je n'ai pas entraîné la conviction de vous tous, c'est que je n'avais à mettre sous vos yeux que des dessins.

Grâce à M. le Dr Carlier (de Lille), qui a extirpé un prolapsus rectal irréductible (voir l'observation rapportée par M. le Dr Hartmann) (1) et qui m'a confié cette très intéressante pièce, vous allez vous rendre compte de l'exactitude de cette pathogénie.

Ce dessin représente le prolapsus extirpé et fendu *sur la face antérieure.*

(1) Séance du 11 avril 1900, p. 441 de nos Bulletins.

On y distingue deux cylindres, *l'un externe, l'autre interne invaginé*, et dans lequel s'enfonce la sonde cannelée. Ces deux cylindres sont séparés l'un de l'autre par une cavité qui n'est autre que le prolongement du péritoine, le sac herniaire, qui entoure le cylindre prolabé en avant et sur les côtés; en *arrière se voit le mésorectum.*

La section opératoire a été faite au niveau de l'anus primitif et répond au manche de la sonde cannelée, tandis que le nouvel anus répond à la pointe de cette même sonde cannelée.

Les franges si marquées de cet anus nouveau sont constituées par le repli valvulaire appelé valvule de Nélaton, descendu en ce point, entraîné par le sac herniaire périnéal.

Vous n'avez pas oublié en effet que la réflexion du cul-de-sac vésico-rectal correspond mathématiquement au sphincter de Nélaton, que le péritoine adhère en ce point aux fibres musculaires constituantes du sphincter, par conséquent au rectum, qu'il est impossible de concevoir l'hédrocèle sans déplacement contemporain du rectum.

Donc, au niveau de l'anus nouveau, vous avez en allant de dedans en dehors le repli valvulaire muqueux, dit de Nélaton, les fibres musculaires qui le doublent et qu'accuse à ce niveau une épaisseur plus grande de la coupe du muscle, enfin la limite inférieure du cul-de-sac péritonéal, qui a été déprimé, repoussé, invaginé par la pression des anses intestinales.

Au niveau de la portion excisée (anus ancien) l'épaisseur de la coupe musculaire répond au sphincter interne.

Cette pièce méritait d'être conservée, et j'ai tenu à ce qu'elle figurât dans nos Bulletins. Les quelques obscurités de la description disparaîtront pour ceux des lecteurs qui se reporteront à ma communication du 11 avril.

Je fais remarquer en terminant que l'excision était la seule opération convenant à cette tumeur absolument **irréductible**.

Grains de plomb dans l'appendice.

M. Lucas-Championnière. — Je vous présente un appendice renfermant deux grains de plomb de chasse n° 8 et n° 7. Il s'agit d'une femme de vingt-deux ans qui, depuis cinq ans, avait présenté une série de crises, la première fort violente, les autres

moins accentuées. L'appendice était libre d'adhérences et fort peu altéré.

M. Potherat. — Il y a trois ans, j'ai communiqué au Congrès de chirurgie l'observation d'un phlegmon grave de la fosse iliaque consécutif à une appendicite. J'ai trouvé onze grains de plomb.

Le Secrétaire annuel,

Ad. Jalaguier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 26 DÉCEMBRE 1900

Présidence de M. Richelot.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre du maire de Nantes, remerciant la Société de chirurgie de la part qu'elle a bien voulu prendre au projet du comité Chassaignac-Maisonneuve ;

3° Une lettre de M. Felizet qui, souffrant, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance;

4° Une lettre de M. Tuffier, qui, retenu à la chambre, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

A l'occasion du procès-verbal.

Valeur séméiologique de l'examen du sang dans les maladies de l'estomac (1).

M. Henri Hartmann. — Au cours de la dernière séance, amené à discuter la séméiologie des maladies de l'estomac, je vous ai dit que depuis un certain temps nous poursuivions, M. Silhol et moi, des recherches sur l'état du sang chez nos malades de chirurgie.

(1) En collaboration avec M. Jacques Silhol.

Je vous disais encore : Si je n'ai pas parlé jusqu'ici de ces recherches c'est que je pense que nos examens ne sont pas encore en nombre suffisant pour permettre la publication d'un travail d'ensemble sur la question. J'ajoutais : Il me semble cependant que, dès maintenant, je puis dire qu'au point de vue du diagnostic du cancer stomacal, l'examen du sang paraît avoir plus de valeur que l'étude du chimisme gastrique.

Les recherches que nous avons poursuivies ont été conduites d'une manière très simple, à la portée des chirurgiens. Aussi laisserons-nous de côté ce qui a trait aux hématoblastes dont le nombre serait, d'après le professeur Hayem, augmenté dans l'anémie symptomatique du cancer.

Nous nous sommes attachés à préciser deux points :

1° Le degré d'anémie caractérisé par l'abaissement de la quantité d'hémoglobine qui peut dépendre de la diminution du nombre des globules ou de celle de leur teneur en hémoglobine.

2° L'existence de la leucocytose et ses caractères ;

Ainsi compris l'examen du sang a une très grande valeur séméiologique et doit donner l'éveil lorsqu'il est en contradiction avec les résultats du chimisme gastrique.

Nous n'en voulons pour preuve que les deux observations suivantes :

Obs. I. — *Histoire et chimisme stomacal de cancer. Sang normal. Gastrite simple apeptique.*

Mme X..., quarante-quatre ans, a eu à seize ans une fièvre typhoïde bénigne, suivie pendant deux mois de troubles gastriques principalement caractérisés par des vomissements survenant immédiatement après l'ingestion des aliments.

C'est au mois d'avril 1899 seulement qu'elle fait remonter son histoire gastrique actuelle. A ce moment, elle a commencé à avoir, à intervalles d'abord assez éloignés, puis presque quotidiennement, cinq à six heures après les repas, des vomissements aqueux non acides, survenant sans effort.

En janvier 1900, elle commence à souffrir, les vomissements de matières glaireuses continuent et sont précédés pendant deux heures de douleurs épigastriques. L'amaigrissement est progressif, le poids tombe de 72 kilogr. 500 à 60 kilogrammes le 14 mars, les forces diminuent.

Aussi mon collègue des hôpitaux, M. Richardière, pense-t-il à un cancer de l'estomac; c'est aussi l'avis de notre collègue de la Société de chirurgie, le professeur Mignon ; je penche de même vers cette hypothèse, tout en faisant des réserves sur l'existence d'une tumeur que je ne trouve pas, et j'attribue les sensations perçues à un peu de contracture localisée de la paroi. Je prie donc mon collègue et ami Soupault,

si compétent dans l'étude des affections gastriques, de me donner son avis.

Voici les résultats de son examen :

« Pas de stase ; à jeun, pas mal de bile.

« *Repas d'épreuve* : Liquide peu abondant, difficile à extraire, la bouillie stomacale étant extrêmement épaisse et contenant beaucoup de mucus.

Acidité au tournesol.	0
Réaction des peptones	nulle
Eau iodée	aucune réaction
Acide lactique	réaction marquée
Chlore fixe.	1,80
Chlore total	1,80
Chlorhydrie	0

« Ce liquide gastrique est absolument dépourvu de propriétés digestives. C'est une apepsie absolue. Je crois à un carcinome au début. »

Dans ces conditions, je fis au commencement d'avril 1900 une cœliotomie exploratrice. Ne trouvant aucune lésion, je refermai le ventre.

Il semble bien qu'il n'y avait aucune lésion épithétiale, car depuis ces neuf mois l'état de la malade ne s'est pas modifié, le poids a même augmenté de 2 à 3 kilogrammes, à la suite du traitement institué.

Dans ce cas, l'examen du sang aurait dû faire écarter toute idée de néoplasme, car il ne révélait qu'une anémie très légère, sans trace de leucocytose.

Dosage de l'hémoglobine : 60 p. 100 au gowers.

Numération globulaire : 3.560.000 hématies ; 10.950 leucocytes.

Préparations sèches : Les globules rouges sont égaux, réguliers, régulièrement colorés. La proportion des leucocytes mononucléaires par rapport aux polynucléaires est normale.

Obs. II. — *Histoire et chimisme stomacal d'ulcère. Sang de cancer. Cancer de l'estomac.*

Homme de quarante-huit ans, déjà traité en 1897 par le Dr Soupault. A cette époque, il se plaignait surtout de vomissements acides et de douleurs.

En 1898, une première analyse de suc gastrique donne les résultats suivants :

Tubage à jeun : Extraction de 60 centimètres cubes d'un liquide blanc, sans résidus alimentaires reconnaissables même au microscope. Le culot qui se dépose est formé de flocons muqueux :

Acidité totale.	1,38	
Chlore total	4,56	
Chlore fixe	2,75	
Chlore combiné.	1,25	Chlorhydrie : 1,81
Chlore libre.	0,56	

Repas d'épreuve (pain, 60 grammes ; eau, 200) extrait au bout d'une

heure. La quantité retirée est abondante (150 centimètres cubes); le pain très divisé, la masse fluide. Les réactions de l'acide chlorhydrique sont très marquées; il n'y a pas d'acide lactique.

Acidité totale	2,57	
Chlore total	5,04	
Chlore fixe	1,63	
Chlore combiné	3,19	Chlorhydrie : 3,41
Chlore libre	0,22	

En résumé, hypersécrétion gastrique à jeun, hyperchlorhydrie assez marquée.

M. Soupault ayant conseillé une intervention opératoire au malade, celui-ci cesse de le consulter, se fait soigner de différents côtés et finalement revient le trouver en octobre 1900. Il se plaint de douleurs épigastriques, de vomissements survenant quatre à cinq heures après le repas, précédés de douleurs qui augmentent progressivement et ne cessent qu'une fois le vomissement effectué. Il y a cinq mois, petite hématémèse suivie de melœna. L'appétit est conservé mais le malade s'abstient de manger par crainte des douleurs; aussi, est-il notablement amaigri. Cependant, il y a quatre mois, à la suite d'une alimentation avec de la viande hachée, il a augmenté, dit-il, de 3 kilogrammes.

Le 25 *octobre* 1900 un nouvel examen du contenu gastrique est fait par le Dr Soupault :

Le cathétérisme à jeun ne ramène que des mucosités glaireuses parsemées de points noirs, constitués par du sang. On n'en recueille guère que 20 à 30 centimètres cubes insuffisants pour l'analyse; on peut constater toutefois l'acidité au tournesol, une réaction positive très nette au vert brillant, l'absence de peptones et de sucre.

Un lavage consécutif fait sortir encore quelques mucosités avec des points noirâtres. Pas de résidus alimentaires.

Le repas d'épreuve, extrait au bout d'une heure, a une coloration très foncée et contient du mucus.

Acidité totale	1,92
Chlore fixe	1,79
Chlore libre	4,10
Chlorhydrie	2,31

Réactions positives de l'acide chlorhydrique libre. Pas d'acide lactique, Peptones et sucre en abondance.

En somme, le suc gastrique est encore un peu hyperpeptique mais beaucoup moins que deux ans auparavant; il semble donc que la muqueuse soit en voie d'atrophie.

L'analyse de l'urine donne les résultats suivants :

Quantité émise en 24 heures	1500 grammes
Urée par litre	13 gr. 65
— jour	20 gr. 47

L'histoire du malade, l'étude du chimisme gastrique, le dosage de

l'urée, tout chez ce malade concordait donc pour faire écarter l'idée de cancer (1).

La cœliotomie, pratiquée le 28 *octobre* 1900, nous a montré l'existence d'un cancer typique de la petite courbure, formant une masse blanche de laquelle partent des traînées de lymphangite cancéreuse. Nombreux ganglions le long des deux courbures.

Or, chez ce malade, l'examen du sang fait le 27 *octobre* avait donné les résultats suivants :

Dosage de l'hémoglobine : 20 p. 100 au gowers.

Numération globulaire : 3.440.000 hématies ; 25.000 leucocytes.

Préparations sèches : les globules rouges sont un peu pâles, *inégaux*, quelques-uns très petits, irréguliers, des poikylocytes s'effilant d'un côté, deux normoblastes sur une préparation. Proportion de 60 mononucléaires pour 100 polynucléaires. Les grands mononucléaires à noyau pâle sont en grande majorité.

En résumé : *leucocytose* très accentuée, la proportion des mononucléaires étant très augmentée. Anémie intense indiquée surtout par la valeur en hémoglobine réduite de presque 80 p. 100, le nombre des globules restant assez élevé.

Ces deux observations sont, croyons-nous, très concluantes, au point de vue spécial qui nous occupe. Tout en ne voulant pas, dès maintenant, donner à l'examen du sang une valeur absolue, nous désirons attirer l'attention sur les indications qu'on en peut tirer. Nous croyons que l'on doit penser au *cancer de l'estomac* lorsque l'on constate très nettement l'*association d'une anémie bien caractérisée* et *d'une leucocytose marquée.*

A. — Cette anémie se traduit, plus encore que par la diminution du nombre des globules, par :

1° La diminution de la valeur des globules en hémoglobine;

2° Les déformations globulaires qui indiquent une modification profonde de l'élasticité et de la texture des globules rouges;

3° L'inégalité de ceux des globules qui ne sont pas déformés.

B. — La leucocytose, pour avoir de la valeur, doit être très marquée, un chiffre de 10 à 12.000 n'ayant pas de signification pour nous. Cette leucocytose porte particulièrement sur les mononucléaires.

M. Routier. — Mon collègue et ami Hartmann, à propos du rapport que je faisais dans la séance précédente, a revendiqué pour le chirurgien le droit, je dirai le devoir de faire aussi le diagnostic des estomacs qu'on nous soumet, avant de les opérer.

(1) L'absence totale de valeur du signe de Rommelacre fondé sur le dosage de l'urée a déjà été établie par nous il y a bien longtemps (Hartmann et Gandelach. Contribution à l'étude de la valeur séméiologique de l'hypoazoturie au point de vue du diagnostic et du pronostic des affections chirurgicales. *Annales de Gynécologie*, 1890, t. XXXIII, p. 17).

J'ai pour ma part toujours suivi ce précepte, avant même qu'il l'eût émis : voici un fait qui confirmera cette manière de voir.

Mercredi dernier, justement, on m'avait adressé une malade comme atteinte de maladie de Reichman ; elle avait été parfaitement examinée et suivie au point de vue de son estomac ; son médecin m'avait communiqué tous ses examens, toutes ses analyses chimiques ; elle était hyperchlorhydrique et depuis trois mois surtout, vomissait et maigrissait faute d'alimentation suffisante.

De mon côté je me contentai de bien examiner cette femme au point de vue de son estomac pour savoir s'il y avait ou non tumeur ; je n'en trouvai pas ; elle ne se plaignait pas d'autre chose et je résolus de lui pratiquer un gastro-entéro-anastomose.

Le jeudi, je la fis donc endormir. Quand elle fut sur la table, je fus frappé d'une tuméfaction sus-pubienne ; je demandai si on l'avait sondée ; on me dit oui ; alors, bien qu'ayant les mains prêtes à opérer, j'examinai cette femme, je la touchai, et je lui diagnostiquai deux kystes de l'ovaire ; je me relavai les mains et lui enlevai séance tenante ses deux kystes dont un gros comme une tête de fœtus à terme, l'autre gros comme une mandarine.

Elle va très bien et guérira sans aucun doute de mon intervention. Que deviendra sa maladie de Reichmann? c'est ce que nous verrons, et je vous reparlerai alors de ma malade.

Rapports.

Perforation intestinale au cours d'une fièvre typhoïde. Laparotomie, guérison, par M. F. Legueu.

Rapport par M. LEJARS.

Je n'ai pas voulu tarder à rapporter devant vous l'importante observation que M. Legueu nous a lue, il y a quinze jours ; rapprochée du fait analogue de notre collègue M. Loison, qui, lui aussi, nous a communiqué une guérison opératoire de perforation typhique, elle rappelle l'attention sur une question d'un haut intérêt, et ces succès nous démontrent ce que nous pouvons attendre, dans quelques cas, au moins, de l'initiative chirurgicale.

M. Legueu nous a présenté, d'ailleurs, deux observations. La première est toute semblable, malheureusement, à beaucoup d'autres exemples, dont nous avons tous été témoins. Il s'agit d'un enfant de dix ans, du service de M. Kirmisson, qui, au quinzième

jour d'une fièvre typhoïde, est pris de tous les signes d'une perforation intestinale : M. Legueu l'opère, douze heures après le début des accidents; il trouve, à 15 centimètres du cæcum, une perforation unique, qu'il ferme par une double rangée de sutures de Lembert, au catgut, en prenant soin de recouvrir avec l'épiploon la ligne de réunion. Lavage et drainage ordinaires. L'enfant meurt dans la nuit.

Dans le second cas, l'évolution fut toute différente, et le dénouement heureux. M. Legueu eut affaire, cette fois, à un garçon de quinze ans, soigné dans le service de M. le professeur Chantemesse : il était au vingtième jour de sa dothiénentérie. Là encore, le début fut brusque; le 3 novembre dernier, au matin, la température était à 39°4, le pouls à 84, et l'état général satisfaisant, lorsqu'à midi exactement, survint une douleur vive dans la fosse iliaque droite, bientôt suivie de la contracture de la paroi abdominale, d'une chute thermique (38°), et d'une altération du pouls, qui devint petit et filant. M. Legueu fut appelé séance tenante, mais divers obstacles matériels, la nécessité de prévenir les parents et de préparer l'installation et l'outillage, retardèrent de six heures l'intervention.

A l'ouverture du ventre, sur la ligne médiane, s'échappe une certaine quantité de liquide puriforme; l'opérateur va d'abord au cæcum, et, de là, remonte le long de l'iléon : à 25 centimètres de la valvule, il découvre sans peine une perforation, de la largeur d'une pièce de 50 centimes, ronde, à l'emporte-pièce, occupant le bord libre de l'intestin. Tout autour, la paroi est épaissie et friable; tous les fils se coupent, et devant l'impossibilité de faire une suture, M. Legueu prend le parti de recourir à la greffe épiploïque. « Je prends alors l'épiploon, nous dit-il, et l'étalant à la surface de la perforation, j'en fais un capuchon protecteur; je le suture dans cette situation par autant de points qu'il est nécessaire. » Puis il termine l'intervention par un lavage péritonéal à l'eau bouillie, le drainage du petit bassin, avec un gros drain, et une suture partielle de la paroi.

La situation resta fort grave et très douteuse pendant les premières journées; au cinquième jour se produisit une fistule stercorale, et, dès lors, la température baissa, et l'état général devint meilleur. Cette fistule se ferma spontanément au bout d'une vingtaine de jours, et le malade, aujourd'hui complètement guéri, nous sera présenté, dès que ses forces lui permettront d'être amené ici.

Ce résultat fait le plus grand honneur à M. Legueu; en ajoutant son observation à celles que M. Loison nous a signalées, nous

nous trouvons aujourd'hui en présence de *seize* cas authentiques de guérison à la suite de laparotomies pour perforations typhiques.

Je n'ai pas malheureusement de fait à vous rapporter, qui puisse grossir ce nombre ; mais des trois opérations que j'ai eu l'occasion de pratiquer, j'ai gardé la conviction que la laparotomie n'avait eu par elle-même aucune part dans le dénouement fatal, et la volonté ferme d'intervenir, de nouveau, d'emblée, le plus tôt possible, dans une pareille occurrence. C'est là, en particulier, l'impression que m'a laissée ma dernière laparotomie, pratiquée dans des conditions un peu spéciales que j'exposerai brièvement.

Cela se passait aussi dans le service de M. le professeur Chantemesse, au bastion 29, à la fin de l'année dernière (1). Il s'agissait d'un étudiant roumain, un pauvre garçon de vingt et un ans, qui avait contracté la fièvre typhoïde au laboratoire de pathologie expérimentale, en aspirant avec une pipette mal bouchée une culture très virulente de bacille d'Eberth ; il avait avalé, de la sorte, une certaine dose de liquide et s'était infecté. Les premiers accidents caractérisés de la dothiénentérie dataient du 20 décembre 1899 ; le 29, par conséquent du huitième au dixième jour, à trois heures du matin, après le bain, il se plaint de douleurs vives dans la fosse iliaque droite ; ces douleurs persistent le matin, le ventre est dur, le pouls petit, à 148 ; l'état général reste alarmant toute la journée, il s'améliore un peu le soir.

Le 30, le facies est grippé, le ventre est ballonné, douloureux sur toute son étendue, surtout à droite, dur ; le pouls fréquent et mauvais. A midi, M. le professeur Chantemesse me fait demander de voir le malade et de faire, s'il y a lieu, la laparotomie.

La situation était alors vraiment désespérée, et nous nous demandions si le malade allait supporter l'intervention, sans mourir entre nos mains. Pourtant, je ne voulus pas refuser à ce malheureux jeune homme cette ressource suprême ; il fut endormi doucement, et, pendant qu'on pratiquait l'injection sous-cutanée continue de sérum artificiel, je fis la laparotomie. Le ventre était plein de pus fétide et stercoral ; j'allai au cæcum, et, après avoir exploré l'appendice, qui était intact, je remontai le long du grêle, et je découvris bientôt, à deux ou trois doigts seulement de la valvule, une perforation de la largeur d'une pièce d'un franc, par laquelle s'échappait en abondance du liquide fécal. Bien que la paroi fût très friable, je réussis pourtant à placer une première série de six points séparés, à la Lembert, puis un deuxième plan, de six autres points ; l'occlusion était alors bien assurée. Je fis

(1) L'observation figure dans l'excellente thèse du Dr Noël Mauger : *La perforation typhique de l'intestin et de ses annexes, son traitement chirurgical*, 1900.

passer dans le ventre six litres d'eau bouillie très chaude jusqu'à ce que le liquide revînt clair, et je drainai, après avoir réuni partiellement la paroi.

Contre toute attente, l'intervention fut parfaitement supportée et même, sous l'influence, probablement, de l'injection sous-cutanée de sérum artificiel et de l'injection intrapéritonéale d'eau bouillie, le pouls redevint meilleur, et reprit de la force. Notre malade se réveilla sans incident, et, durant toute l'après-midi, l'amélioration de l'état général resta évidente, le facies était moins grippé, la température était à 37°8. Certes, il eût été illusoire de fonder sur le lendemain de grandes espérances, mais enfin l'opération, au lieu de brusquer le dénouement, comme on pouvait le craindre, l'avait ajourné, et, plus tôt pratiquée, elle eût permis sans doute à un organisme jeune de résister avec succès.

Ce ne fut que vers le soir que la température remonta et atteignit 41° ; en quelques heures le malade succombait.

En réalité, ces laparotomies pour perforations typhiques ne sont trop souvent, dans les conditions où nous devons les faire, que des interventions désespérées. Il y a deux éléments primordiaux qui règlent le pronostic de ces interventions : 1° *l'âge de la fièvre typhoïde*, 2° *la date de la perforation*.

Parmi les cas de guérison, un grand nombre se rapportent à des perforations survenues après la troisième semaine, dans le déclin ou même la convalescence de la fièvre typhoïde, et l'on conçoit aisément qu'à ces stades éloignés, le terrain soit meilleur et les chances autrement nombreuses que chez un typhique en pleine infection. Pourtant on ne saurait voir là rien de constant, et quelques observations heureuses datent de la deuxième semaine, de la période d'état.

L'autre élément — la date de la perforation, le nombre d'heures écoulées depuis que l'accident s'est produit — est aussi d'importance capitale, et, sur lui, nous pouvons agir jusqu'à un certain point. L'urgence de la laparotomie n'est pas discutable en présence de ces perforations typhiques dont nous parlons ; mais, en pratique, *la précocité de l'intervention est subordonnée*, pour une grande part, *à la précocité du diagnostic*.

Or, ce diagnostic précoce est peut-être moins difficile à faire qu'on pourrait le croire ; et, s'il ne faut pas chercher, en pareil cas, des réactions bruyantes, une surveillance attentive surprend sans trop de peine les premiers indices de la complication. Nous avons dit que, chez le malade de M. Legueu, comme chez celui de M. Loison, comme chez les nôtres, une douleur brusque, très vive, occupant d'ordinaire la fosse iliaque droite, avait marqué

l'entrée en scène des nouveaux accidents ; cette douleur, on la retrouve très souvent signalée dans les observations. Très vite, elle est suivie de cette contracture douloureuse de la paroi, toujours caractéristique. Quant à la température, elle subit, en général, un brusque écart, ascension ou abaissement, de 1° à 1°5 quelquefois. Enfin, le pouls change, lui aussi, devient fréquent, petit, mauvais, et le facies se grippe.

Ces modifications très rapides de l'état local et général doivent suffire au diagnostic, et la laparotomie s'impose, séance tenante. Elle ne présente pas, d'ailleurs, des difficultés particulières, et, en règle générale, elle peut être menée simplement et vite ; on ira tout de suite au cæcum, qu'on inspectera d'abord, ainsi que l'appendice, puis l'on suivra de bas en haut l'iléon ; la perforation ne tarde pas, d'ordinaire, à se montrer, car elle siège le plus souvent sur les 50 ou 60 derniers centimètres du grêle.

Nous avons vu que la suture était parfois très malaisée, par suite de la friabilité de la paroi ; M. Legueu, en désespoir de cause, a dû recourir à la greffe épiploïque ; le résultat a été très bon, en définitive, puisque la fistule stercorale consécutive a duré peu de temps et s'est fermée seule.

Enfin la pierre d'achoppement de ces interventions, — sur laquelle on a peut-être trop insisté, — c'est la multiplicité des perforations. Certes, on peut trouver et suturer plusieurs pertes de substance intestinale, et le fait est arrivé ; mais il arrive aussi que l'une d'elles passe inaperçue. Or, les perforations multiples sont, en réalité, beaucoup plus rares qu'on ne l'a soutenu : sur 167 cas réunis par W. Keen, la perforation était unique 138 fois, double 19 fois ; Mauger, sur 107 opérations, relève 95 perforations uniques, 12 perforations doubles.

Ce qui est plus grave, ce sont les *perforations successives*, dont MM. Routier et Brun nous ont donné autrefois de frappants exemples ; l'opéré de M. Routier meurt au dixième jour : il y avait deux nouvelles perforations ; celui de M. Brun meurt au septième jour : il y avait cinq nouvelles perforations. Au cours des laparotomies, on trouve parfois, autour ou à distance de la perforation, des plaques amincies, noirâtres, et qui font craindre une rupture ultérieure.

Malgré les incertitudes et les mauvaises chances, la laparotomie immédiate n'en est pas moins, dans les perforations typhiques, le seul recours contre la mort inévitable ; à ce titre, elle doit être pratiquée dès que le diagnostic est suffisant, car elle peut devenir, comme nous l'avons vu, dans les conditions les plus désespérées, une opération de salut.

M. ROCHARD. — J'ai eu pour ma part à opérer quatre malades atteints de fièvre typhoïde. Dans deux cas il s'agissait de perforations multiples pour lesquelles je fus appelé trop tard et je n'ai pas eu la chance de guérir mes malades. Le séro-diagnostic n'a du reste pas été fait et une seule autopsie a montré les lésions de la fièvre typhoïde.

Mais c'est à propos du diagnostic de la perforation que je tiens à citer une observation assez intéressante. Il y a environ un mois je fus appelé à neuf heures du matin auprès d'un malade qui, dans le décours d'une fièvre typhoïde, fut subitement pris trois heures avant, à six heures du matin, de douleurs atroces dans le ventre avec vomissements ininterrompus, ballonnement du ventre et contracture des muscles de l'abdomen. Le chef de clinique de M. Debove avait posé le diagnostic de perforation; je fus de cet avis et opérai immédiatement.

La laparotomie faite, je ne trouvai absolument rien du côté de la fin de l'iléon ni du côté du cæcum, ni de l'appendice, rien du côté de la vésicule; seulement de la rougeur et de la vascularisation du côlon transverse et un amas de matières fécales qui remplissaient tout le gros intestin, matières fécales que je refoulai du côté du rectum par des pressions directes. Je refermai l'abdomen et mon malade guérit.

Cette observation prouve qu'on peut opérer sans crainte un typhique; en voilà une seconde qui vient à l'appui de la même opinion.

Je fus appelé auprès d'une malade ayant de 39 à 40 degrés depuis plusieurs jours en même temps que des vomissements incoercibles. Je pris cette malade afin de la suivre et, devant son état qui s'aggravait, quoique n'ayant constaté aucun symptôme morbide du côté des organes génitaux et ne pensant que de loin à l'appendicite, j'ouvris l'abdomen et ne trouvai rien que de la rougeur et de l'épaississement de la fin de l'iléon avec un gros ganglion dans le mésentère; j'enlevai le ganglion pour en faire faire l'examen et refermai la plaie opératoire. J'avais fait devant l'état anatomique de l'iléon le diagnostic de fièvre typhoïde qui fut confirmé par le séro-diagnostic.

Cette malade fit une fièvre typhoïde grave et guérit de son intervention.

M. ROUTIER. — Le malade dont vous a parlé M. Lejars a été opéré presque au début de sa fièvre typhoïde et a guéri de mon intervention. Je suturai deux perforations; mais dix jours plus tard, deux nouvelles perforations se sont produites et ont entraîné la mort; l'autopsie permit de faire ces constatations.

Je ferai remarquer que presque tous les cas de guérison ont été observés sur des malades opérés pour des perforations survenues soit au déclin, soit pendant la convalescence de la fièvre typhoïde.

Les conditions sont en effet bien meilleures que dans les interventions pour les perforations du début.

M. Delorme. — J'ai été, l'année dernière, appelé à pratiquer une laparotomie chez un malade qui, au cours d'une fièvre typhoïde, présenta un certain nombre des signes relevés tout à l'heure par M. Lejars : douleur dans la fosse iliaque droite, contraction de la paroi, modification de la température. L'incision du ventre me montra le cæcum sain, le petit intestin à peine rouge, l'appendice légèrement turgescent. J'en fis la résection, mais sa section me montra des altérations si légères de sa muqueuse que je me demandai si je n'aurais pas pu me dispenser de l'enlever. Le malade guérit.

Ce fait n'infirme pas la valeur du précepte d'intervention soutenu par M. Lejars et que je mettrais en pratique à l'occasion ; je ne l'ai cité que pour montrer que les signes précédents ne sont pas toujours suffisants pour préciser le diagnostic.

M. Walther. — Le très intéressant rapport de mon ami, M. Lejars met de nouveau en discussion cette question de l'intervention opératoire dans les perforations intestinales d'origine typhique, intervention dont il peut être utile d'étudier de près et de préciser les indications.

Je me suis trouvé aux prises, il y a deux ans, avec les très grandes difficultés de cette détermination de l'indication opératoire dans un cas que je tiens à vous rapporter.

Il s'agissait d'une perforation survenue au décours d'une fièvre typhoïde grave, au moment même où semblait s'établir la convalescence, retardée par une rechute de fièvre typhoïde, une bronchopneumonie et une phlébite. Par conséquent, perforation tardive, appartenant à cette catégorie de faits dont M. Routier établissait tout à l'heure très justement la distinction. Les signes constatés au moment de la perforation ne laissèrent point de doute : douleur vive, état syncopal, pouls petit, misérable, etc. ; mon ami, le Dr Martinet qui soignait la malade demanda à M. Chauffard de la voir avec lui ; c'est après cet examen que je fus appelé à voir moi-même la malade pour décider de l'opportunité d'une intervention.

Au moment de mon examen, une vingtaine d'heures environ après le début des accidents, je trouvai le pouls plus fort, les douleurs un peu moins vives sous l'influence de l'opium et de

l'application permanente de glace ; l'abdomen était un peu tendu mais on ne trouvait guère de défense musculaire que dans la partie inférieure du ventre, au-dessous de l'ombilic. Je conseillai d'attendre, en surveillant de très près l'évolution des accidents. Nous assistâmes à la localisation progressive, régulière de la péritonite en un foyer d'abord volumineux puis se rétractant, très bas, profondément au-dessous du détroit supérieur, et non adhérent à la paroi abdominale.

Tout semblait terminé quand brusquement se fit une évacuation abondante de pus infect par la vessie. A cette première débâcle, succéda un écoulement régulier de matières fécales ; on put combattre par des lavages fréquemment répétés l'infection de la vessie. Cet écoulement de matières dans les urines dura environ une vingtaine de jours, puis diminua et disparut rapidement.

Il y a plus de deux ans que ces accidents se sont déroulés, et la malade est toujours en excellente santé.

Voici donc un cas dans lequel, en présence d'accidents nets de perforation, mais avec tendance à la localisation, j'ai cru devoir attendre, me tenant toujours prêt à intervenir; tout s'est passé très simplement et, même cette complication toujours si inquiétante de l'ouverture d'un foyer intestinal dans la vessie n'a amené aucun désordre grave.

M. Rochard, en rapportant une observation de diagnostic incertain a touché à un autre point fort intéressant : celui du diagnostic entre la fièvre typhoïde et l'appendicite. Rien n'est parfois plus difficile, et je viens d'observer depuis deux ans, dans mon service, une série d'appendicites envoyées en chirurgie pour y être opérées d'urgence, que je n'ai pas opérées parce que le plus rarement possible j'interviens à chaud, que j'ai vu évoluer plus ou moins longtemps sans faire le diagnostic que nous n'avons pu établir parfois qu'au bout de plusieurs jours, et que nous avons confirmé par le séro-diagnostic. Mais tous ces faits, qui offrent un intérêt capital, ne sont pas ici en question et nécessiteraient une discussion à part.

M. Rochard. — Je n'ai pas voulu parler du diagnostic différentiel entre la fièvre typhoïde et l'appendicite, pensant que cette question méritait une discussion spéciale; mais je dois dire qu'il m'est arrivé cette année de voir deux malades envoyés en chirurgie dans le service de M. Berger pour être opérés d'appendicite, sur lesquels on n'est pas intervenu et qui avaient une dothiénentérie.

Quant au cas de M. Walther, dans lequel il n'a pas opéré dans le décours d'une fièvre typhoïde, je crois qu'il ne faut pas le

confondre avec les péritonites aiguës par perforation typhique, et j'estime qu'il faut opérer le plus vite possible quand le diagnostic de perforation est posé, les deux observations que j'ai citées plus haut montrant que la laparotomie n'est pas aussi grave chez les typhiques qu'on était autrefois en droit de le penser.

M. Walther. — Je n'ai pas dit, je pense, ou du moins je n'ai pas voulu dire, que l'intervention ne me semblait pas indiquée dans le cas de perforation typhique. Ce que j'ai dit, c'est que si nous devons accepter comme une règle l'indication d'opérer d'urgence en pareil cas, il n'en est pas moins vrai qu'ici, comme en tout, il faut tenir compte de toutes les circonstances, de toutes les indications qui peuvent nous être fournies par la marche des accidents et que, dans certains cas, l'abstention sera préférable, comme dans l'observation que je vous ai rapportée.

M. Lejars. — Je crois, comme M. Rochard, qu'on ne saurait mêler les deux questions. Les rapports de l'appendicite et de la fièvre typhoïde sont évidemment d'un grand intérêt, et je pourrais en rapporter aussi des exemples, tel que celui d'une malade de la Maison Dubois, que j'ai observée avec mon ami M. Widal; elle m'était envoyée pour une appendicite, mais, devant quelques indices anormaux, je fis faire l'examen du sang. Il s'agissait d'une fièvre typhoïde, pour laquelle elle fut soignée dans le service de M. Widal; à la convalescence, la température remonta brusquement, et l'appendicite reprit sa marche; elle fut opérée et guérie.

Les perforations typhiques que nous avons en vue sont tout autres, et, même lorsqu'elles siègent sur l'appendice, elles ne sauraient se prêter à aucun processus de localisation, à aucune tentative d'expectation. Les péritoines de typhiques en pleine infection ne font pas d'adhérences, et l'intervention immédiate est la seule chance de salut. Les faits de M. Rochard, comme les nôtres, contribuent à démontrer que la laparotomie, en pareil cas, n'a pas de gravité propre; notre devoir est donc d'y recourir le plus tôt possible.

Plaie de l'abdomen par coup de couteau; blessure de plusieurs vaisseaux, perforation du cæcum; intervention, guérison, par M. le Dr Morestin.

Rapport par M. CHAPUT.

Le 7 août 1899, à une heure du matin, un homme de vingt ans reçoit dans le bas-ventre un coup de couteau; il saigne abon-

damment, perd connaissance et est transporté à Tenon. L'interne de garde pose deux points de suture sur la peau, prescrit des injections de sérum et fait appeler M. Morestin. Celui-ci trouve le malade pâle, couvert de sueur froide, agité, délirant, avec un pouls à 130 et un pansement traversé par le sang. Il fait transporter le malade à la salle d'opération et enlève alors le pansement; le ventre est tendu, rigide; du sang est infiltré sous la peau; la plaie, étroite, siège à deux doigts au-dessus de l'arcade crurale, au niveau du bord externe du muscle droit.

Les sutures sont enlevées; il s'écoule du sang noir en abondance. M. Morestin débride la plaie et lie chemin faisant une veine spermatique qui saigne. Le sang continuant à couler, il recherche plus loin et trouve une plaie de la veine épigastrique qui est liée aussi. Le débridement ayant intéressé le péritoine, on peut voir des caillots abondants derrière la paroi: ces caillots sont enlevés, puis le cæcum est attiré au dehors; il présente une large plaie de 3 centimètres par laquelle sort une masse fécale demi-molle. L'artère appendiculaire est coupée. Suture du cæcum à deux étages, ligature de l'artère appendiculaire.

Drainage de l'abdomen avec un drain et deux mèches; suture partielle de la paroi à deux étages. Injection veineuse de 1.500 grammes de sérum.

Suppression des mèches au 3e jour, du drain au 8e, guérison en trois semaines.

Le malade présenta ultérieurement une légère éventration au niveau du drainage.

Telle est dans ses grandes lignes l'intéressante observation de M. Morestin. Notre collègue me permettra de le féliciter de sa conduite opératoire et du beau succès qu'il a obtenu, et aussi de mettre en relief les points les plus intéressants de son observation.

Remarquons d'abord que l'intervention a pu être faite quatre heures après le traumatisme. On se souviendra que dans des mémoires antérieurs (1), j'avais conclu qu'avec une intervention dans les quatre premières heures on avait la chance de sauver la presque totalité des blessés de l'abdomen. Le fait actuel confirme nos prévisions antérieures.

L'interne de garde a très bien fait de prescrire l'injection de sérum et d'envoyer chercher le chirurgien de garde; quant à la suture de la plaie cutanée, elle me paraît peu utile, car elle ne

(1) Étude expérimentale sur les plaies de l'abdomen chez le chien (*Arch. de médecine*, 1892) et Rapport à la Société de Chirurgie sur une observation de plaie du cæcum de M. Rochard (1895).

pouvait que transformer une hémorragie interne en hémorragie sous-cutanée. Un simple débridement suivi d'une ligature ou d'un tamponnement à la gaze aurait été plus efficace et aussi simple que la suture de la peau.

M. Morestin voyant le malade dans un état grave commença par faire préparer la salle d'opération et n'enleva le pansement qu'après avoir pris toutes les précautions pour pouvoir opérer ; une conduite différente aurait perdu du temps, exposé la plaie à des contaminations et provoqué ou augmenté l'hémorragie interne.

Après avoir posé son diagnostic, notre collègue procéda méthodiquement à son intervention ; il débrida largement la plaie par une incision verticale, rencontra successivement les deux veines blessées qu'il lia, trouva derrière la paroi des caillots abondants et pensa avec raison que ces caillots ne provenaient pas uniquement de la plaie pariétale, mais probablement aussi d'une blessure intra-abdominale.

Il attira le cæcum qu'il trouva ouvert largement, avec une masse fécale faisant hernie par la plaie. Il est bien certain qu'une plaie de cette largeur (3 centimètres), laissant proéminer des matières fécales dans le ventre, aurait été certainement suivie d'une infection grave qui se serait développée avec une grande facilité dans les caillots du péritoine.

L'artère appendiculaire était aussi blessée.

Ainsi donc ce malade présentait quatre blessures graves dont chacune pouvait à elle seule amener la mort : plaie d'une veine spermatique, de la veine épigastrique, de l'artère appendiculaire, du cæcum.

A la rigueur, la guérison sans opération était possible avec les plaies veineuses, mais la plaie artérielle avait les plus grandes chances de tuer le malade rapidement; d'ailleurs, au moment de l'opération, celui-ci était déjà mourant d'hémorragie. On sait que les hémorragies intra-abdominales n'ont pas de tendance à s'arrêter, parce que les caillots, se répandant dans le péritoine, ne trouvent pas un point d'appui qui leur permette d'oblitérer solidement les vaisseaux.

M. Morestin intervenait pour une hémorragie abdominale, et il a eu la bonne fortune de trouver par surcroît une plaie du cæcum. Celle-ci à elle seule devait être sûrement mortelle pour les raisons exposées plus haut.

L'opérateur n'a pas dévidé tout l'intestin grêle pour en vérifier l'intégrité, et je ne puis que l'approuver, puisque la direction des lésions en haut et en dehors montrait que les anses grêles ne pouvaient avoir été atteintes. Leur blessure semblait donc tout à fait

improbable et le dévidement n'eût pas été sans inconvénient, en prolongeant l'opération chez cet homme épuisé. Disons cependant qu'avec un malade plus résistant le dévidement de l'intestin eût été indiqué.

Étant donné la situation latérale de la plaie abdominale, le chirurgien avait le devoir de faire l'incision latérale, qui permet d'examiner et de traiter le cæcum; d'autre part, l'hémorragie pariétale commandait le débridement de la plaie accidentelle; il fallait donc superposer la laparotomie latérale au débridement, de façon à ne faire qu'une incision. Comme il n'existait plus d'hémorragie abdominale après la ligature de l'artère appendiculaire, il n'était pas question de faire la laparotomie médiane, qui en pareille circonstance ne serait justifiée que par une hémorragie grave de l'intestin grêle ou du mésentère.

Je ne suis en désaccord avec notre collègue que sur un très petit point; M. Morestin a fait un drainage large avec un tube et deux mèches, et ce drainage a laissé comme conséquence une petite éventration; on ne peut donc nier qu'il ait été nuisible. J'estime en outre qu'il n'était pas indispensable. En effet, l'infection du péritoine avait été très limitée puisque les matières n'avaient pas passé dans le ventre, et elle n'avait duré que peu de temps. En outre, la situation de la plaie au niveau d'une anse fixe, dans un endroit éloigné des anses grêles, est telle, que l'infection, si elle avait eu lieu, aurait été bénigne et rapidement circonscrite par les adhérences.

Tant qu'à faire le drainage, on aurait pu l'établir moins volumineux, et aussi le supprimer au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, sans attendre le huitième jour. J'ajouterai à la décharge de notre collègue qu'il n'a pas pu exécuter lui-même les pansements consécutifs.

Le point le plus intéressant de cette observation est relatif aux indications opératoires.

Il est certain que bon nombre de praticiens, en présence de cette blessure, auraient conclu à une simple hémorragie de la paroi et se seraient contentés de faire un pansement compressif.

D'autres, plus clairvoyants, auraient fait un débridement de la plaie, lié les veines blessées, et n'auraient pas ouvert le péritoine, de peur d'aggraver l'état du blessé.

M. Morestin a fait immédiatement le diagnostic d'hémorragie abdominale en se basant sur les raisons suivantes :

1° Siège et direction de la blessure impliquant la probabilité d'une plaie pénétrante;

2° Symptômes graves d'hémorragie;

3° Rigidité de la paroi.

Il est bon de remarquer en effet que les hémorragies internes paraissent produire des symptômes beaucoup plus graves que les hémorragies externes de même importance, comme si le sang déversé dans les séreuses se comportait comme un agent nuisible. Cette action nocive n'est pas niable si l'on considère la réaction fébrile de certaines hémorragies abdominales ainsi que la douleur et les vomissements qui les accompagnent.

Dans le cas actuel, les symptômes généraux et la douleur étaient disproportionnés avec une hémorragie externe même très abondante, et conduisaient à la notion d'hémorragie interne.

La rigidité de la paroi est un signe de la plus haute importance pour le diagnostic des plaies et ruptures intestinales ; elle a été signalée par MM. Jalaguier, Michaux, Routier, Guinard, Hartmann, pour ne parler que des membres de cette Société, qui n'en revendiquent d'ailleurs pas la paternité. Elle est le résultat de la douleur occasionnée par la plaie viscérale même aseptique, mais elle est plus vive lorsque l'infection de l'abdomen commence à se développer. On l'observe encore dans les hémorragies intra-péritonéales sans plaie; c'est ainsi que je l'ai observée un grand nombre de fois dans les hémorragies de la grossesse tubaire, particulièrement dans les formes fébriles dont je parlais plus haut.

Pour que cette rigidité ait toute sa valeur, il faut qu'elle soit étendue à tout l'abdomen et non pas seulement au voisinage de la plaie.

Au moment où M. Morestin examinait son malade, la plaie intestinale était douteuse, et l'infection péritonéale trop récente pour provoquer des symptômes réactionnels, mais l'hémorragie était certaine en raison des signes tirés du pouls, de la pâleur, de l'état général, et aussi de la contraction de la paroi abdominale. L'indication opératoire était absolue, urgente.

Mais j'irai plus loin, et je dirai que même en l'absence de contracture et sans aucun signe de péritonite et d'hémorragie abdominale, le devoir du chirurgien était d'intervenir sur la seule situation de la plaie pariétale.

Il se peut en effet que, lorsqu'on est appelé de bonne heure, les symptômes alarmants n'existent pas encore, malgré des lésions graves.

Je n'en veux pour preuve que l'observation récente de notre collègue Potherat, qui voit, deux heures après l'accident, un jeune homme ayant reçu un coup de revolver à l'épigastre ; à ce moment, en l'absence de symptômes graves, on décide l'expectation ; quelques heures après surviennent des hématémèses ; on intervient alors, et on trouve une plaie de l'estomac saignant abondamment

Le principe de l'intervention systématique dans toutes les plaies de l'abdomen qui pourraient être pénétrantes, quoique admis en général, n'est pas toujours mis en pratique, comme le prouve l'observation de notre collègue Potherat, et les faits d'expectation ou d'opération incomplète s'observent encore très fréquemment. Dans un cas rapporté par M. Estor en 1895, un médecin appelé résèque l'épiploon et le réduit sans le lier ; ici, l'intervention était à la fois incomplète et nuisible.

Dans un autre ordre d'idées, nous voyons des chirurgiens expérimentés, comme MM. Michaux et Hartmann, débrider la plaie sans trouver la perforation, qui reste inconnue.

Il est donc important de spécifier qu'on ne doit débrider la plaie que pour remédier à une hémorragie pariétale et non pour assurer le diagnostic de pénétration.

En dehors de cette hémorragie, le débridement n'a pas de raison d'être ; c'est la laparotomie qu'il faut faire, comme je l'ai prescrit dans mon rapport de 1895. La laparotomie sera médiane si la plaie avoisine la ligne blanche ; latérale si la plaie siège vers les fosses iliaques avec présomption de blessure du cæcum ou de l'anse sigmoïde.

Dans ce dernier cas, la laparotomie restera indépendante de la plaie accidentelle ; elle sera simplement large et bien placée pour l'exploration du gros intestin et du grêle ; elle ne passera par la plaie pariétale que si celle-ci se trouve dans le trajet de la meilleure incision.

Telle est la règle dans ses grandes lignes, mais il y a beaucoup de questions secondaires à considérer.

Un premier point est hors de doute ; avec une hémorragie de la paroi il faut toujours débrider la plaie et faire l'hémostase.

Si la plaie est aux environs de la ligne médiane et s'il n'existe pas d'hémorragie pariétale, on fera la laparotomie médiane d'emblée.

Si au contraire il y a hémorragie pariétale, on ouvrira largement le ventre en prolongeant le débridement ; si on constate alors qu'il n'existe pas d'hémorragie intra-abdominale abondante, on pourra débrider l'intestin grêle, l'examiner et le traiter. En cas d'hémorragie abdominale, on devra ouvrir largement sur la ligne médiane et éviscérer afin de trouver la source de l'hémorragie.

Avec une plaie des fosses iliaques, la question est plus complexe.

Il faut tenir compte de trois éléments :

1° Hémorragie de la paroi ;

2° Direction du traumatisme ;

3° Existence ou absence d'une hémorragie intra-abdominale grave.

L'hémorragie de la paroi commande le débridement, c'est entendu.

Si le coup de feu ou le coup de couteau sont dirigés manifestement de dehors en dedans, il faut, de toute nécessité, pratiquer la laparotomie médiane : après le débridement, si l'hémorragie pariétale est grave, avant lui, si elle est légère.

Si l'on ignore la direction du traumatisme, ou si cette direction est nettement de dedans en dehors, on devra débrider pour l'hémorragie pariétale, transformer le débridement en laparotomie large pour explorer et traiter le gros intestin. Si à ce moment on ne constate pas d'hémorragie intra-abdominale ou seulement une hémorragie légère, on fera alors le dévidement de l'intestin grêle, qu'on traitera s'il y a lieu.

S'il y a hémorragie intra-abdominale grave, il faut faire la laparotomie médiane complémentaire et éviscérer; c'est la seule manière de trouver rapidement le vaisseau blessé.

Actuellement les indications chirurgicales dans les plaies de l'abdomen peuvent se résumer de la façon suivante :

1° *Pénétration douteuse :*	*Laparotomie large.*
2° *Hémorragie pariétale :*	*Débrider la plaie pour l'hémostase. Faire ensuite une laparotomie en bon lieu.*
3° *Présomptions de blessure* des organes situés sur la ligne médiane (intestin grêle, estomac, côlon transverse) :	*Laparotomie médiane.*
4° *Présomptions de blessure* des organes fixes situés latéralement (côlon ascendant ou descendant, foie, rein, rate) :	*Laparotomie latérale.*
5° *Hémorragie abdominale grave* provenant des organes médians (intestin grêle ou mésentère), et constatée par la laparotomie latérale :	*Laparotomie médiane complémentaire.*

Présentation de malades.

Tumeur du pylore.

M. Pierre Delbet. — J'ai l'honneur de vous présenter le malade dont je vous ai parlé dans la dernière séance et la tumeur que je

lui ai enlevée. Je vous rappelle qu'il s'agissait d'une volumineuse tumeur du pylore. Cette tumeur ne présentant pas d'adhérences, je l'enlevai, et après avoir suturé l'orifice gastrique, j'abouchai le duodénum à la face postérieure de l'estomac.

Il y a huit jours, je vous disais que le malade allait très bien; c'était vrai alors, il mangeait, il engraissait; de 43 kilogrammes qu'il pesait lors de l'opération, il était arrivé à 51 kilogrammes : il avait donc gagné 8 kilogrammes. Mais depuis quatre jours, il a recommencé à vomir et je me demande si une récidive diffuse n'a pas envahi le nouvel orifice gastro-intestinal.

Présentations de pièces.

Myome développé sous le péritoine recto-utérin, dans le cul-de-sac de Douglas sans aucun pédicule, dystocie, accouchement par le forceps, ablation de la tumeur par laparotomie.

M. Schwartz. — J'ai l'honneur de vous présenter une tumeur à siège un peu anormal. Il s'agit d'un fibrome de 500 grammes développé dans le cul-de-sac de Douglas, ayant repoussé l'utérus absolument en haut contre la paroi abdominale, refoulé le rectum en arrière et à gauche.

Cette tumeur fut découverte à l'occasion de l'accouchement chez une malade de trente-trois ans, qui avait déjà eu deux accouchements antérieurs sans aucune difficulté. Elle fut la cause d'une dystocie grave; l'accouchement dut être terminé par basiotripsie.

Il s'agit d'un fibrome ou plutôt d'un myome, mais avec des parties enflammées, œdématiées, remplies de leucocytes mono et polynucléaires par place. (Examen du professeur Cornil.)

Nous donnerons plus tard l'observation complète.

M. Potherat. — Je rappelle que j'ai présenté l'année dernière à la Société de chirurgie un fibro-myome saillant au niveau du cul-de-sac postérieur du vagin, que j'ai pu, par le vagin, après incision de la muqueuse, complètement énucléer.

Je pense que ces tumeurs ont leur point de depart dans les fibres musculaires lisses de l'intestin.

Le Secrétaire annuel,

Ad. Jalaguier.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

POUR L'ANNÉE 1900

A

Pages.

Abcès à distance dans l'appendicite, par M. Buscarlet (communication) . . . 1091
Rapport : M. G. Marchant . . . 1091
— tuberculeux du sein, par M. Pluyette . . . 1139
Rapport : M. Broca . . . 1139
— du foie d'origine appendiculaire, par M. Loison (communication) . . . 66
— du foie et pleurésie appendiculaire, par M. Kirmisson (présentation de malade) . . . 653
— de la rate d'origine appendiculaire, par M. Routier (observation) . . . 68
— pelviens dans l'appendicite. Incision prérectale, par M. Delanglade (communication) . . . 600
Abdomen. — Plaie pénétrante de l' —, par M. Grisard (observation) . . . 569
Rapport : M. Peyrot . . . 569
— Plaie pénétrante de l' —, par M. Auvray (présentation de malade) . . . 659
— Plaie par coup de couteau. Perforation du cæcum, etc., par M. Morestin (communication) . . . 1164
Rapport : M. Chaput . . . 1164
— Kystes hydatiques de l' —, par M. Mignon (communication) . . . 669
— Compresse oubliée dans l'abdomen. Extraction. Guérison, par M. Chaput (communication) . . . 1106
Acné hypertrophique du nez, par M. Routier (présentation de malade) . . . 249
Actinomycose du maxillaire inférieur, par M. Guinard (présentation de malade) . . . 176
— péri-temporo-maxillaire, par M. Thiéry (présentation de malade). 282, 339, 761
— temporo-faciale, par M. Guinard (présentation de malade) . . . 339
— mammaire, par M. Nélaton (présentation de malade) . . . 696
Aériennes (Voies). — Corps étranger. Trachéotomie, par M. Letoux . . . 1059
Rapport : M. Tuffier . . . 1059
Aiguille. — Perforation de l'estomac par une aiguille, par M. Picqué (présentation de pièce) . . . 1118
Allocution. — Inauguration de la nouvelle salle de réunion, par M. Pozzi . . . 2
— Allocution de M. Richelot, président pour 1900 . . . 130
Amputation. — Résultat éloigné d'une amputation de Chopart par M. Kirmisson (présentation de malade) . . . 98
— inter-scapulo-thoracique pour chondrome de l'humérus, par M. Morestin (présentation de malade) . . . 100
— sous-astragalienne, par M. Mignon (présentation de malade) . . . 722
— sus-malléolaire, par M. Chevassu (présentation de malade) . . . 766

Pages.

Amputation ostéo-plastique de jambe, par M. DELBET (présentat. de pièce). 1031
Discussion : MM. POIRIER 1032
KIRMISSON 1032
LUCAS-CHAMPIONNIÈRE 1032
— ostéo-plastique par le procédé de BIER, par MM. QUÉNU et DUVAL (présentation de malade) 1060
— anté-scaphoïdienne, par M. TUFFIER (présentation de malade) . . . 1116
Discussion : MM. BERGER 1117
RICARD 1117
PICQUÉ 1117
POIRIER 1117
Amyotrophies. — Recherches expérimentales sur les amyotrophies d'origine articulaire, par MM. MALLY et MIGNOT 415
Rapport : M. HARTMANN 415
Discussion : MM. KIRMISSON 425
REYNIER 425
HARTMANN 426
Anastomose éo-sigmoïde. Cancer de l'angle du côlon ascendant et du côlon transverse, par M. CHARRIER (observation) 924
Rapport : M. TUFFIER 924
Discussion : MM. QUÉNU 929
BERGER 929
GUINARD 930
LE DENTU 930
TUFFIER 930
— intestinale, par M. HARTMANN (communication) 935
Discussion : MM. GUINARD 939, 942
TUFFIER 940
TERRIER 940
HARTMANN 941
Anesthésie cocaïno-lombaire, par M. DELASSUS (communication). . . . 1031
Rapport : M. TUFFIER 1031
Anévrisme de l'artère poplitée, par M. ARROU (pièce) 407
— poplité. Extirpation, par M. CH. MONOD 409
Discussion : M. DELBET 446
— poplité, par M. MONOD (présentation de malade) 627
— poplité. Extirpation. Guérison, par M. SCHMID (communication). . . 663
Rapport : M. MONOD 663
— poplité. Extirpation, par M. VESLIN (présentation de pièce) 804
Rapport : M. MICHAUX 804
— diffus consécutif de l'artère iliaque externe. Ligature de l'aorte. Mort au 39e jour, par M. TILLAUX (communication) 473
— diffus de l'artère iliaque externe, par M. ROUTIER (communication) . 837
Discussion : MM. REYNIER 839
TILLAUX 840
ROUTIER 840
— diffus de l'artère axillaire. Ligature dans le foyer, par M. G. MARCHANT (présentation de malade) 761
— de la sous-clavière droite, par M. MONOD (présentation de malade) . 881
Discussion : MM. ROUTIER 881
GUINARD 881
MONOD 881

Pages.

Anévrisme de la sous-clavière. Ligature, par M. Tuffier (présentation de malade) . . . 1145
— diffus de la tibiale postérieure, par M. Véron . . . 489, 984
Rapport : M. Chaput . . . 489, 984
Angiome lymphatique, par M. Reynier (présentation de malade) . . . 37
— lymphatique, par M. Reynier (communication) . . . 49
Discussion : MM. Delbet . . . 52
Reynier . . . 53
Anse oméga. Résection, par MM. Gilis et Imbert (observation) . . . 1013
Rapport : M. Quénu . . . 1013
Anté-scaphoïdienne. Amputation, par M. Tuffier (présentation de malade) . . . 1116
Discussion : MM. Berger . . . 1117
Ricard . . . 1117
Picqué . . . 1117
Poirier . . . 1117
Anus contre nature. Entérectomie. Entérorraphie, par M. Pfihl . . . 569
Rapport : M. Quénu . . . 569
Aorte. Anévrisme diffus consécutif de l'artère iliaque externe. Ligature de l'aorte. Mort au 39e jour, par M. Tillaux . . . 473
Appendice. — Grains de plomb dans l' —, par M. Lucas-Championnière . 1148
Discussion : M. Potherat . . . 1149
Appendicite. — Abcès du foie d'origine appendiculaire, par M. Loison (communication) . . . 66
Discussion : MM. Poirier . . . 70
Loison . . . 70
— Abcès de la rate d'origine appendiculaire, par M. Routier (observation) . . . 68
— Infections consécutives aux appendicites, par MM. Brun et Tuffier . . . 69
— Infection ganglionnaire dans l'appendicite, par MM. Michaux et Ricard . . . 69
— Adénite dans l'appendicite, par M. Gérard Marchant . . . 77
Discussion : MM. Jalaguier . . . 82
Gérard Marchant . . . 82
— Péritonite généralisée. Laparotomie sans excision de l'appendice. Guérison. Récidive. Laparotomie avec excision de l'appendice. Mort, par M. Vanverts . . . 130
Rapport : M. Jalaguier . . . 130
— familiale. Péritonite généralisée. Laparotomie. Guérison, par M. Albarran . . . 137
— avec péritonite aiguë. Diagnostic différentiel avec l'occlusion intestinale, par M. Jeanne . . . 193
Rapport : M. Tuffier . . . 139
— par pseudo-corps étranger, par M. Potherat (présentation de pièce) . . . 159
— pelvienne ouverte dans le vagin, par M. Lapeyre . . . 163
Rapport : M. Delbet . . . 163
— Volvulus par adhérences épiploïques, suite d'opération pour appendicite, par M. Lapeyre (observation) . . . 163
Rapport : M. Delbet . . . 163
— Appendice enlevé à froid, par M. Bazy (présentation de pièce) . . . 178

Pages.

Appendicite. — Des para-appendicites, par MM. Quénu et Chavasse (communication) 82
— Sur les para-appendicites, par M. Bazy (communication) 133
— A propos des para-appendicites, par M. Routier (communication) . 164
Discussion : MM. Quénu 167, 172, 173
Bazy 168
Reynier 169
Delbet 170, 173
— A propos du terme para-appendicite, par M. Jalaguier 184
Discussion : MM. Bazy 185
Le Dentu 185
— par M. Potherat (présentation de pièces) 250, 1119
— Trois cas d'appendicite. Résection de l'appendice. Guérison, par M. Billot 164, 414
Rapport : M. Chauvel 164, 414
— Agglomérations iléo-cæcales péri-appendiculaires, par M. Doyen (présentation de pièces) 311
Rapport : M. Broca 311
— provoquée par un lombric, par M. Brun (présentation de pièce) . . . 311
— perforante. Péritonite généralisée. Laparotomie. Guérison, par M. Schwartz (présentation de malade) 340
Discussion : MM. Michaux 341
Delorme 341
Schwartz 341
— Péritonite traitée par l'ébouillantage, par M. Moty (communication) 356
Discussion : MM. Reclus 358, 359
Routier 359
Quénu 359
Lucas-Championnière 359
Moty 359
— Incision pré-rectale des abcès pelviens, par M. Delanglade (communication) 600
— Abcès du foie et pleurésie appendiculaires, par M. Kirmisson (présentation de malade) 653
— Occlusion intestinale par appendice, par M. Monod (présentation de pièce) 724
Discussion : MM. Potherat 725
Walther 725
— Occlusion par l'appendice, par M. Routier (observation) 730
— Hydro-appendix, par M. Potherat (présentation de pièce) 725
Discussion : MM. Monod 727
Walther 727
Delorme 728
— et étranglement intestinal, par M. Walther (observation) 731
— Diverticules de l'appendice et kystes para-appendiculaires, par M. Walther (présentation de pièces) 822
Discussion : M. Lucas-Championnière 823
— Perforation de l'appendice et de l'iléon par une arête de poisson et un os d'oiseau, par M. Guinard (présentation de pièce) 826
Discussion : MM. Rochard 827
Jalaguier 828

Pages.

Appendicite. — Deux observations d'appendicite, par M. Véron. 285, 845
Rapport : M. Kirmisson 285, 845
Discussion : MM. Poirier 851
Delbet 852
Broca 852
Routier 853
Kirmisson 853
— Note sur une lésion de la fosse iliaque droite à syndrome appendiculaire typique, par M. Damas 345, 845
Rapport : M. Kirmisson 345, 845
— Opération à froid. Tricocéphale vivant dans l'appendice, par M. Guinard (présentation de malade) 1009
— Hémorragie intestinale à la suite d'une opération d'appendicite à froid, par M. Walch (observation) 1013
Rapport : M. Berger 1013
— Abcès à distance, par M. Buscarlet (communication) 1091
Rapport : M. G. Marchant 1091
— chronique, par M. Walther (présentation de pièce) 157
Discussion : MM. Quénu 158
Bazy 158
Walther 158
— chronique, par M. Jalaguier (présentation de pièce) 178
Discussion : MM. Brun 179
Walther 180
Jalaguier 180
— Troubles digestifs dans l'appendicite chronique. Rôle de l'infection et des épiploïtes, par M. Walther (communication) 254
— Des épiploïtes dans l'appendicite chronique, par M. Nimier (communication) 131
— Épiploïte, par M. Bazy (présentation de pièce) 823
Discussion : MM. Walther 824
Bazy 824
Appendiculaire. — Calcul stercoral, par M. Berger (présentation de pièce) 1089
— Hernie crurale, par M. Demoulin (présentation de pièce) 1063
Discussion : M. Berger 1066
Artère interosseuse. — Varice anévrismale, par M. Bazy (présentation de pièce) 214
Arthrotomie pour lipome sous-synovial du genou, par M. Jalaguier (présentation de malade) 279
— pour luxation ancienne de l'épaule, par M. Ricard (présentation de malade) 1010
Discussion : MM. Nélaton 1067
Delbet 1069
Ricard 1071
Articulaires. — Radiographie dans les lésions articulaires, par M. Loison 487, 531
Asepsie opératoire. Statistiques, par M. Quénu (communication) 449
Discussion ; MM. Rochard 463, 589, 599
Quénu 463, 466, 468, 469, 492, 599, 952
Bazy 463, 467, 468, 553, 809, 980
Tuffier 464, 491, 810

Pages.

Discussion : MM. Nélaton 465
Routier 465
Schwartz 467, 758
Guinard 468, 789
Kirmisson 468, 866
Terrier 592, 699, 799
Reynier 613
Delbet 616, 806
Poirier 644, 800
Picqué 647, 729
Broca 753
Lejars 785
Reclus 789
Lucas-Championnière 810
Walther 949

Astragale. — Luxation de l'astragale ; extirpation, par M. Brossard . . 314
Rapport : M. Walther 314

Astragalienne (sous-). — Amputation, par M. Mignon (présentation de malade) 722

Atlas. — Fracture de l'atlas, luxation de l'axis, par M. Billot 23
Rapport : M. Picqué 23
Discussion : MM. Lucas-Championnière 26
Delorme 26
Picqué 26

Autoplastie par double transposition de lambeaux, par M. Quénu (présentation de malade) 72
Discussion : MM. Nélaton 72
Delbet 72
Delorme 72
Reclus 72

— par la méthode italienne, par M. Charrier 141
Rapport : M. Berger 141

— de l'aile du nez par glissement, par M. Reynier (présentation de malade) 691
Discussion : M. Berger 692

— Greffe italienne, par M. Reclus (présentation de malade) 818
Discussion : MM. Quénu 818
Reclus 818
Nélaton 818

— multiple, par M. Delbet (présentation de malade) 881

Axillaire. — Anévrisme diffus de l'artère axillaire. Ligature dans le foyer, par M. G. Marchant (présentation de malade) 761

— Suture latérale de l'artère, par M. Ricard (présentation de malade). 1010

Axis. — Fracture de la lame droite de l' —, par M. Delbet 47

— Luxation de l' —. Fracture de l'atlas, par M. Billot 23
Rapport : M. Picqué 23

B

Balle de revolver extraite de l'oreille après radiographie, par M. Rochard (présentation de pièce) 696

Pages.

Balle de revolver extraite de l'orbite grâce à l'appareil de M. Contremoulins, par M. Reynier (présentation de malade). 282
— Lésion du plexus brachial par balle de revolver, par M. Potherat (présentation de pièce). 1086
Bassin. — Sarcome du petit bassin, par M. Routier (présentation de pièce) 566
Discussion : M. Potherat. 567
Bâton de chaise dans le rectum, par M. Thiéry (présentation de pièce) 1062
Bibliographia medica (Potain, Ch. Richet, Baudouin), par M. Terrier. . 285
Biliaire (Vésicule), par M. Michaux (présentation de pièce) 74
Discussion : MM. Routier. 75
Bazy 75
— (Vésicule), par M. Routier (présentation de pièce) 249
— Fistule. Cholécystectomie (Voy. *Cholécystectomie*) 627
— Gros calcul, par M. Routier (présentation de pièce). 933
— Calcul, par M. Routier (observation). 977
Bourse séreuse. — Hygroma de la bourse séreuse du psoas, par M. Dupraz (observation) 253, 496
Rapport : M. Potherat 253, 496
Brachial antérieur. — Ostéome, par M. Loison (présentation de malade). 209
Discussion : M. Nimier 212
— Plexus. — Lésion par balle de revolver, par M. Potherat (présentation de pièce) 1086
Bronchiques (Ectasies). — Pneumotomie (Voy. *Pneumotomie*). 242

C

Cæcum. — Résection du — pour tuberculose, par M. Michaux (présentation de pièce) 75
— Plaie par coup de couteau, par M. Morestin (communication). . . 1164
Rapport : M. Chaput. 1164
Calcanéum. — Fracture par arrachement, par M. Potherat (présentation de malade). 1010
— Fracture par arrachement, par M. Hue (communication). 1019
Discussion : M. Potherat. 1020
Calcul de l'urètre, par M. Routier (présentation de pièce) 39
— vésico-vaginal, par M. Tuffier (présentation de pièce) 567
— Gros calcul biliaire, par M. Routier (présentation de pièce) 933
— Gros calcul biliaire, par M. Routier (observation) 977
Calculs de la prostate, par M. Carlier (présentation de pièce). 817
— urétraux et péri-urétraux, par M. Pluyette (observation) . . . 599, 892
Rapport : M. Guinard 599, 892
— du cholédoque et de la vésicule biliaire, etc., par M. Scierra (observation). 895
Rapport : M. Lejars. 895
Discussion : (Voy. *Cholédoque*).
Canaux déférents. — Résection des — dans la rétention d'urine par hypertrophie de la prostate, par M. Charrier. 314
Rapport : M. Potherat. 314

Pages.

Cancer du côlon. Anastomose iléo-sigmoïde, par M. Charrier (observation) . . . 924
Rapport : M. Tuffier (Voy. *Anastomose*) . . . 924
— Traitement du — du gros intestin, par M. Brin . . . 1030
Rapport : M. Quénu . . . 1030
— du rectum, par MM. Nimier et Quénu (Voy. *Rectum*) . . . 98, 156
— en nappe de l'estomac, par M. Pauchet (Voy. *Estomac*) . . . 711
Canule à lavement extraite de la vessie, par M. Bazy (présentation de pièce) . . . 251
Carie sèche de l'épaule. Radiographie, par M. Demoulin (présentation de pièce) . . . 933
Discussion : MM. Nélaton . . . 934
Demoulin . . . 934
Cathétérisme rétrograde après rupture de l'urèthre, par M. Legueu (présentation de malade) . . . 241
— urétéral, par M. Tuffier (discussion) . . . 701
— Tuberculose rénale et — urétéral . . . 711
Discussion : MM. Bazy . . . 711, 730
Kirmisson . . . 720
Delbet . . . 721
Walther . . . 721
Reynier . . . 721
Poirier . . . 729
Quénu . . . 730
— Valeur du — urétéral, par M. Pousson . . . 829
— urétéral pour tuberculose rénale, par M. Albarran (présentation de pièce) . . . 975
— Note sur le — urétéral et sur l'intervention précoce dans la tuberculose rénale, par M. Bazy . . . 983
Celluloïd. — Corsets ininflammables en — (Ducroquet), par M. Jalaguier (présentation d'appareils) . . . 181
Discussion : M. Bazy . . . 182
Cérébrale. — Six cas de chirurgie —, par M. Doyen (présentation de pièces) . . . 311
Rapport : M. Hartmann . . . 311
Cholécystectomie pour fistule biliaire, par M. Picqué (présentation de malade) . . . 627
Discussion : MM. Michaux . . . 628, 629
Picqué . . . 628
Ricard . . . 629
Cholécystite calculeuse, par M. Routier (présentation de pièce) . . . 249
Cholécystostomie dans la cirrhose du foie, par M. Pauchet . . . 920
Rapport : M. Michaux (Voy. *Cirrhose*) . . . 920
Cholédocotomie sans suture, par M. Reynier (présentation de malade) . . . 723
Discussion : MM. Walther . . . 723
Reynier . . . 723
Terrier . . . 723
Michaux . . . 723
Cholédoque. — Calcul du — et de la vésicule biliaire. Cholédocotomie et cholécystectomie. Guérison, par M. Scierra . . . 321, 895
Rapport : M. Lejars . . . 321, 895

Pages.

Discussion : MM. Michaux 898
Routier 898
Schwartz 899
Lejars 899
Chondrome du pied, par M. Picqué (présentation de pièce). 697
— costal. Ablation. Ouverture large de la cavité pleurale, par M. Bazy (présentation de pièce) 887
Cinématographe. — Etude de la marche dans la coxo-tuberculose, par M. Romniceanu (mémoire) 919
Discussion : MM. Quénu 919
Lucas-Championnière 919
Cirrhose hépatique. — Intervention chirurgicale, par M. Pauchet (observation). 1036
Rapport : M. Michaux 1036
Discussion : MM. Hartmann. 1043
Terrier 1045
Delbet. 1048
Routier 1052
Lejars. 1071
Michaux 1074
Quénu 1076
Cocaïne. — Anesthésie lombaire, par M. Delassus (communication). . 1031
Rapport : M. Tuffier. 1031
Cœur. — Plaie du —. Suture du ventricule gauche. Guérison, par M. Fontan (lecture). 492
Coli-bacille. — Infection coli-bacillaire du rein. Intervention, par M. Pousson (communication). 633
Discussion : MM. Monod 635
Routier 636
Potherat. 636
Pousson 637
Côlon. — Cancer de l'angle du — ascendant et transverse. Anastomose iléo-sigmoïde, par M. Charrier (observation). 924
Rapport : M. Tuffier (Voy. *Anastomose*). 924
Compresse oubliée dans l'abdomen. — Extraction. Guérison, par M. Chaput (communication) 1106
Corps étranger articulaire (Pseudo-). — Lipome sous-synovial. Arthrotomie, par M. Jalaguier (présentation de malade). 279
— étranger de l'œsophage, par M. Laval (présentation de pièce) (Voy. *Œsophage*). 443
— étranger de l'œsophage. Œsophagotomie externe, par M. Sebileau (présentation de pièce). 1062
— étranger du vagin, par M. Girou (observation). 574
Rapport : M. Monod 574
— étranger de la main. Radiographie par M. Michaux (présentation de pièce). 697
— étranger (tampon d'ouate) dans la vessie, par M. Monod (présentation de pièce). 1055
— étranger des voies aériennes. Trachéotomie, par M. Letoux. 1059
Rapport : M. Tuffier. 1059
— étrangers de la synoviale des fléchisseurs des doigts, par M. Berger (présentation de pièce). 1088

Pages.

Corsets ininflammables en celluloïd (DUCROQUET), par M. JALAGUIER, (présentation d'appareils et de malades). 181, 597
Discussion : M. BAZY. 182
Cou.—Kyste hydatique du —, par M. ROUTIER (présentation de malade). 1061
Discussion : M. WALTHER. 1061
— Tumeur gazeuse du —, par M. GUINARD 347
Discussion (Voy. *Tumeur gazeuse du cou*).
Coude. — Luxation ancienne. Réduction par la méthode sanglante, par M. LE CLERC (communication) 942
— Ostéome du —, par M. NIMIER (Voy. *Ostéome*). 375
— Résection pour ankylose, par M. BROOKS BRIGHUIN 599
Rapport : M. BERGER. 599
Coxo-tuberculose. — Étude de la marche à l'aide du cinématographe, par M. ROMNICEANU. 919
Discussion : MM. QUÉNU. 919
L. CHAMPIONNIÈRE 919
Crâne. — Tumeur pulsatile du —, par M. SCHWARTZ (présentation de malade) 240
Discussion : MM. GUINARD 240
DELAGENIÈRE. 240, 241
BERGER 240, 241
SCHWARTZ. 241
POTHERAT 241
— Trépanation pour traumatismes, par MM. PEYROT et SOULIGOUX (présentation de malade). 659
— Sarcome du —, par M. MORESTIN (présentation de malade) 974
Rapport : M. RICARD 974
— Fracture. Trépanation, par M. LAUNAY (présentation de malade) . . 974
Rapport : M. RICARD. 974
— Plaie par balle de revolver. Trépanation. Guérison, pat M. MORESTIN 995
Rapport : M. WALTHER. 995
Discussion : MM. REYNIER 997, 1003
DELENS 998
MONOD. 999, 1006
RECLUS 999, 1003
SCHWARTZ. 1000
QUÉNU. 1000, 1004
DELORME. 1001, 1003
L. CHAMPIONNIÈRE. 1001
TUFFIER 1002
GUINARD. 1004
G. MARCHANT 1006
WALTHER 1007
NIMIER. 1014
POTHERAT 1016
Crurale. — Hernie appendiculaire, par M. DEMOULIN (présentation de pièce). 1063
Discussion : M. BERGER. 1066
Cryptorchidie, par M. ROUTIER (observation) 702
Cuisse. — Ostéome, par M. DELORME (présentation de malade). . . 565
Cysticerque sous-rétinien, par M. GALEZOWSKI (communication) 668
Rapport : M. BRUN 668

Pages.

D

Dermoïdes. — Kystes — des deux ovaires, par M. POTHERAT (présentation de pièces). 931
— Kystes — de l'orbite, par M. LAGRANGE (Voy. *Orbite*). 145
Digestives (voies). — Sirène dans les —, par M. THIÉRY (présentation de pièce). 1062
Doigt — Lipome d'un —, par M. POTHERAT (présentation de pièce) . . 1054
Doigts. — Corps étrangers de la synoviale des fléchisseurs, par M. BERGER (présentation de pièces). 1088
Drainage dans l'inondation péritonéale. 368
Communication : M. QUÉNU (Voy. *Inondation péritonéale*) 368

E

Eau oxygénée. — Phlegmon diffus traité par les injections sous-cutanées d' —, par M. DUBUJADOUX. 91
Rapport : M. CHAUVEL 91
Discussion : MM. CH. MONOD 91
CHAUVEL. 92, 94
TERRIER 92
LUCAS-CHAMPIONNIÈRE 92
JALAGUIER 92
ALBARRAN 94
QUÉNU. 94
TUFFIER 94
— Rectification au procès-verbal de la séance du 24 janvier, par M. QUÉNU. 129
— Septicémie suraiguë. Traitement par l' —. Guérison, par M. PLUYETTE.
Rapport : M. TERRIER. 292
Discussion : MM. REYNIER. 296
QUÉNU. 296
MICHAUX 297
TERRIER 297
— Gangrène gazeuse. Traitement par l' —, par M. CHAPUT (présentation de malade). 1060
Ebouillantage. — Traitement de la péritonite par l' —, par M. MOTY. (Voy. *Appendicite*) 356
Ectopie testiculaire, par M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (présentation de malade). 693
Discussion : MM. ROUTIER 695
TUFFIER[1]. 696
— testiculaire inguinale droite, par M. MIGNON (présentation de malade). 802
Elections. — M. POZZI, membre honoraire. 182
— M. DEMOULIN, membre titulaire 531
— *Commissions* 1121
Enchondrome kystique de l'omoplate. Résection sous-spinale, par M. SCHWARTZ (présentation de malade) 820
Entérectomie dans l'anus contre nature, par M. PFIHL (observation). . 569
Rapport : M. QUÉNU 569

Pages.

Enucléation de fibromes utérins, par M. Tuffier (présentation de pièces) 696
Epaule. — Carie sèche. Radiographie, par M. Demoulin (présentation de pièces) 933
Discussion : MM. Nélaton 934
Demoulin 934
— Luxation ancienne. Arthrotomie, par M. Ricard (présentation de malade) 1010
Discussion : MM. Nélaton 1067
Delbet 1069
Ricard 1071
— Luxation ancienne, par M. Guinard 1144
Discussion : M. Schwartz 1145
Epingle à cheveux dans la vessie, par M. Thiéry (présentation de pièce) 1062
Epiphysaire. — Décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure du tibia, par M. Monod (présentation de radiographie) 1066
Epiploïque. — Tumeur, par M. Lucas-Championnière (présentation de pièce) 525
Discussion : MM. Poirier 529
Lucas-Championnière 529, 530
Lejars 529
Potherat 529
Walther 531
Epiploïtes. — Des épiploïtes dans l'appendicite, par M. Nimier. — (Voy. *Appendicite*) 131
— dans l'appendicite chronique, par M. Walther (communication) . . 254
Epiploon. — Nœud épiploïque dans une hernie inguinale, par M. Chavannaz (communication) 710
Rapport : M. Broca 710
— enflammé, par M Bazy (présentation de pièce) 823
Discussion : MM. Walther 824
Bazy 824
— Torsion partielle dans un sac herniaire, par M. Michaux (présentation de pièce) 1054
Estomac. — Adénopathie dans les cancers de l'estomac, par M. Pierre Delbet (communication) 3
— Observation de pylorectomie pour cancer du pylore. Récidive deux ans après l'opération par sténose du nouveau pylore. Gastro-entérostomie postérieure. Guérison, par M. Tuffier 6
— Pylorectomie pour cancer, par M. Walther (présentation de pièce) . 213
Discussion : M. Ricard 214
— Pylorectomie pour cancer, par M. Rochard (présentation de pièce) . 312
— Technique de la pylorectomie, par MM. H. Hartmann et B. Cunéo . 223
— Plaie de l'estomac et de la rate par balle de revolver. Laparotomie, Guérison, par M. Demoulin 273
Rapport : M. Rochard 273
Discussion : MM. Hartmann 277, 279
Michaux 277, 278, 279
Potherat 277
Rochard 278
Reclus 279

Pages.

Estomac. — Plaie par balle de revolver, par M. Bazy (observation . . 290
— Gastrostomie, par M. Monod (présentation de malade). 569
Discussion : MM. Quénu. 570
Poirier 570
— Manuel opératoire de la gastrostomie, par M. Poirier (Voy. *Gastrostomie*) 475
— Cancer en nappe. Gastrostomie totale, par M. Pauchet (communication). 711
Rapport : M. Guinard. 711, 730
— Deux observations de chirurgie de l'—, par M. Lafourcade. 1067, 1123
Rapport : M. Routier. 1067, 1123
Discussion : MM. Guinard. 1125
Poirier 1128
Reclus 1128
Tuffier. 1129, 1136
Hartmann 1131
Delbet 1133, 1137
Schwartz. 1133, 1137
Broca. 1137
Routier. 1137
— Perforation par une aiguille, par M. Picqué (présentation de pièces). 1118
— Examen du sang, valeur séméiologique dans les maladies de l'—, par MM. Hartmann et Silhol. 1151
Discussion : M. Routier 1155
Etranglement. — Appendicite et — intestinal, par M. Walther (observation) 731
Etranglement herniaire. — Deux observations de gangrène herniaire, traitées l'une par la résection intestinale, l'autre par l'anus contre nature, par M. Buffet 62
Rapport : M. Reynier 62
— Perforation intestinale consécutive à un —; réduction par le taxis. Péritonite diffuse. Laparotomie. Suture de la perforation. Guérison. par M. Morestin (présentation de malade) 100
Exclusion. — Procédé d'exclusion appliquée à la cure des grandes cellules véșicales, par M. Pousson (communication) 1103

F

Fessière (Artère). — Plaie. Ligature de l'iliaque interne, par M. Mauclaire (présentation de malade). 887
— (Région). — Ostéome de la région —, par M. Schwartz (présentation de pièce) 342
Fibrome utérin, par M. Doyen (présentation de pièce). 311
Rapport : M. Hartmann. 311
— et kyste du ligament large, par M. Girou (observation). 575
Rapport : M. Monod 575
— et grossesse, par M. Schwartz (présentation de pièce). 1146
Fibromes utérins enlevés par énucléation, par M. Tuffier (présentation de pièces). 696

Pages.

Fibromes. — Extirpation des — par voie abdominale avec conservation de l'utérus et des annexes, par M. Tuffier (communication) 840
— Hystérectomie abdominale, 13 cas, 13 guérisons, par M. Arrou (communication). 876
Rapport : M. Monod 876
— gangrenés, par M. Girou 1059
Rapport : M. Monod 1059
Fibro-sarcome du mollet, par M. Picqué (présentation de pièce). . . 401
Discussion : MM. Walther 402, 406
Routier 402, 404, 405
Delbet. 403, 404, 405
Picqué 403, 404
Quénu. 404, 405
Potherat 404
— de la paupière, par M. Huguet (observation) 722
Rapport : M. Berger. 722
— du vagin chez une enfant de six ans, par M. Huguet (observation). 722
Rapport : M. Berger 722
Fistule urétro-vésico-vaginale. — Procédé du dédoublement, par M. Ricard (communication) 258
Discussion : MM. Monod 261
Bazy 289
— biliaire. Cholécystectomie, par M. Picqué (Voy. *Cholécystectomie*). . 627
— Double fistule recto-coccygienne et recto-vaginale. Guérison, par M. Potarca 829
Rapport : M. G. Marchant 829
— vésico-vaginale guérie par la méthode du dédoublement, par M. Ricard (communication) 907
Discussion : MM. Routier. 908, 911
Bazy 909
Schwartz. 909
Walther 910
Richelot 910
Monod 911
Segond 912
Ricard 912
Fistules. — Traitement des — vésico-vaginales, par M. Braquehaye (communication). 988
— stercorales. Traitement par abouchement dans l'intestin, par M. Pauchet (communication) 1100
Rapport : M. Peyrot 1100
Discussion : MM. Delbet 1102
Peyrot 1102
Tuffier 1102
Michaux 1102
Foie. — Kyste hydatique du foie chez un enfant de dix ans, laparotomie avec marsupialisation de la poche fibreuse et extirpation totale de la membrane fertile. Guérison en six semaines, par M. Kirmisson. . . . 15
— Double kyste hydatique traité par la méthode de Delbet, par M. Bouglé. 60
Rapport : M. Brun. 60
— Kyste hydatique traité par la méthode de Delbet, par M. Routier (présentation de malade). 655

Pages.

Foie. — Traitement des kystes hydatiques du — par la suture. . . . 10
Discussion : MM. Quénu 10, 309
Hartmann. 14
Gérard Marchant. 16
Potherat 54
Bazy 59
Routier 153
Monod 194
Schwartz. 196
Peyrot 262
Poirier 262
Delbet 298
— Kyste hydatique, par M. Schwartz (présentation de malade). . . . 524
— Kystes hydatiques. Traitement, par M. Guinard (présentation de malades). 992
Discussion : MM. Ricard 993
Rochard 993
Guinard. 993
Routier. 994
— Abcès du — et pleurésie appendiculaire, par M. Kirmisson (présentation de malade) 653
— Abcès du — d'origine appendiculaire, par M. Loison (communication). (Voy. *Appendicite.*)
— Cirrhose guérie par la cholécystostomie, etc., par M. Pauchet. . . . 920
Rapport : M. Michaux (Voy. *Cirrhose*) 920
— Nouveau procédé d'hémostase rapide, par M. Chapot-Prévost. 988, 1097
Rapport : M. Walther. 988, 1097
Fractures. — Radiographie d'une — récente de l'humérus, par M. Bazy (Voy. *Radiographie*). 74
— Radiographie dans les —, par M. Loison (communication) 89
Discussion : MM. Maunoury. 89
Bazy 89
Tuffier. 89
Berger 89
— Radiographie dans les —, par M. Hennequin (communication) . . . 197
— Radiographie, par M. Reynier 233, 346
Discussion : MM. Kirmisson. 238
Félizet. 240
Bazy 240
— Radiographie, par M. Tuffier (présentation de pièces) 312
— Radiographie, par M. Lucas-Championnière (communication) 359
Discussion : M. Tuffier 363
— indirecte de la rotule. Cerclage apres trois semaines. Guérison, par M. Schwartz (présentation de malade) 177
— de la rotule, par M. Arrou (présentation de malade). 597
— de l'extrémité supérieure du radius, par M. Poirier (présentation de malade). 1054
— du radius. Radiographie, par M. Cahier (présentation de pièces). . 728
— par coup de feu de l'humérus. Résection partielle, par MM. Studer et Rudouar (présentation de malade). 901
— du crâne. Trépanation, par M. Launay (présentation de malade). . 974
Rapport : M. Ricard. 974

Pages.

Fracture du calcanéum par arrachement, par M. POTHERAT (présentation de malade) 1010
— du calcanéum par arrachement, par M. HUE (communication). . . 1019
Discussion : M. POTHERAT 1020
— de la colonne lombaire, par M. DELORME (présentation de malade). . 1145
Discussion : M. BAZY. 1146
— itérative de l'olécrane, par M. ROUTIER (présentation de malade). . . 376
— itérative de l'humérus avec cal simulant une tumeur, par M. BROCA. 377
Discussion : MM. KIRMISSON. 378, 380
DELBET 379
BROCA 380
TUFFIER. 381
— Traitement des — des diaphyses, par M. DELORME (communication). 321
— Méthode de traitement, par M. PLATEL. 533
Funiculite suppurée à colibacille, par M. DUPRAZ 857
Rapport : M. POTHERAT. 857

G

Ganglion de Gasser. — Résection, par M. G. MARCHANT (présentation de malade). 819
Gangrène herniaire. — Anus contre nature et Entérectomie, par M. BUFFET (d'Elbeuf) 62
Rapport : M. REYNIER. 62
— pulmonaire. — Pneumotomie, par M. TUFFIER (présentation de malade) 342
Gasser (ganglion de). — Résection, par M. G. MARCHANT (présentation de malade). 819
— Résection du ganglion de —, par M. BOUGLÉ 1077
Rapport : M. G. MARCHANT. 1077
Gastrectomie totale pour cancer en nappe, par M. PAUCHET (communication). 711
Rapport : M. GUINARD. 711
Gastrostomie. — Manuel opératoire, par M. POIRIER. 475
Discussion : MM. TERRIER 480, 484
RECLUS 481, 483
ROCHARD. 482, 484
BAZY. 482
ROUTIER. 482
TUFFIER 482, 484
SCHWARTZ 482
QUÉNU. 483
LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. 483
DELBET 483
RICHELOT 484
POIRIER. 484
SEGOND 489
— Par M. MONOD (présentation de malade). 569, 819
Discussion : MM. QUÉNU. 570
POIRIER 570

Pages.

Genou (articulation du —). — Pseudo-corps étranger, lipome sous-synovial, arthrotomie, par M. Jalaguier (présentation de malade). . 279
— Synovectomie pour tuberculose, par M. Potherat. 832
Discussion (voy. *Tuberculose*). 859
— Synovectomie, par M. Mignon (présentation de malade). 1113
Discussion : MM. Lucas-Championnière. 1115, 1116
Poirier 1116
Quénu. 1116
Genu valgum double. — Par M. Walther (présentation de radiographie). 1066
Grenouillette sus-hyoïdienne. — Par M. Terrier (présentation de malade) 525
Grenouillettes. — Pathogénie, par MM. Imbert et Jeanbrau (Prix Ricord). 345, 979
Rapport : M. Delbet 345
Gritti (opération de). — Par M. Szczypiorski (communication). 1021
Rapport : M. Lejars. 1021
Discussion : MM. Delbet. 1026
Poirier 1027
Berger 1028
Routier. 1028
Tuffier. 1028
Bazy 1029
Peyrot 1029
Kirmisson 1029
Lejars. 1029
Grossesse extra-utérine. — Par M. Reynier (présentation de pièces) . . 44
Discussion : M. Picqué. 53
— extra-utérine, par M. Psaltoff. 163, 876
Rapport : M. Delbet 163, 876
— extra-utérine. Grossesse tubaire. Ablation. Guérison, par M. Malapert (communication). 173
— extra-utérine, par M. Pauchet (observation) 186
Rapport : M. Richelot 186
Discussion : MM. Monod. 188
Reynier 188
Lucas-Championnière. 188
Potherat 188
Guinard 189
Hartmann. 189
Le Dentu 189
— extra-utérine. — Quatre cas de grossesses ectopiques rompues. Laparotomie. Guérison, par MM. Auvray et Morestin. 317
Rapport : M. Routier. 317
— extra-utérine. — Statistique de 41 opérations pour hématocèles. Inondation péritonéale, par M. Reynier 218, 398
Discussion : MM. Tuffier. 518, 535, 536
Quénu. 401
Bazy. 521
Delbet 521
Routier. 521, 536
Reynier. 535
Poirier 535

Pages.

Grossesse extra-utérine. — Inondation péritonéale, par M. Letoux . . 1094
Rapport : MM. Tuffier 1094
Discussion : M. Delbet. 1096
— extra-utérine gémellaire, par M. Fontoynont. 979
Rapport : M. Potherat. 979
— extra-utérine. — Grossesse tubo-interstitielle, par M. Ricard (présentation de pièce). 1012
— compliquée d'hémato-salpinx, par M. Picqué (présentation de pièce) 1117
— et fibrome, par M. Schwartz (présentation de pièce). 1146
Gynécologie. — Compte rendu du Congrès de —, par M. Hartmann. . 10

H

Hanche. — Luxations congénitales. Résultats définitifs de la réduction non sanglante, par M. Brun (présentation de malades). 853
Hématémèse. — Mort par hématémèse à la suite d'une taille hypogastrique, par M. Broca (observation) 858
Hématocèle. — Statistique de 41 opérations, par M. Reynier (Voy. *Grossesse extra-utérine*) 218
— rétro-utérine, par M. Potherat. 272
— Inondation péritonéale, par M. Tuffier (Voy. *Grossesse extra-utérine*). 518
Hémato-salpinx. — Grossesse compliquée d'hémato-salpinx, par M. Picqué (présentation de pièces). 1117
Hémorragie intestinale grave à la suite d'une opération d'appendicite à froid, par M. Walch (observation) 1013
Rapport : M. Berger 1013
Hémorroïdes. — Cure radicale des hémorroïdes, par M. Delorme (présentation de malade). 100
— Cure radicale par le procédé de Whitehead, par M. Billot (observation). 164
Rapport : M. Picqué 164
— Nouveau procédé d'extirpation, par M. Dupraz 285, 781
Rapport : M. Potherat 285, 781
Hémostase. — Nouveau procédé d'hémostase rapide du foie, par M. Chapot-Prévost 988, 1097
Rapport : M. Walther.. 988, 1097
Hernie. — Hernie interstitielle étranglée avec ectopie testiculaire, par M. Souligoux (présentation de malade) 100
— crurale. — Obturation du canal crural par un fragment de cartilage costal, par M. Chaput (présentation de malade) 154
Discussion : MM. Delbet. 155
Ricard 156
— Nœud épiploïque dans une hernie inguinale, par M. Chavannaz (communication). 377, 710
Rapport : M. Broca. 377, 710
— inguinale droite congénitale, par M. Cahier (communication) . . . 750
— ombilicale. — Trois cas de cure radicale chez des enfants nègres, etc., par M. Huguet 920
Rapport : M. Berger 920

Pages.

Hernie obturatrice étranglée, par M. Girou 1059
Rapport : M. Monod 1059
— appendiculaire crurale, par M. Demoulin (présentation de pièce) . . 1063
Discussion : M. Berger 1066
Hernies. — Cure radicale, par M. Delbet (communication). 871
Discussion : MM. Routier. 872
Lejars 873
Reclus 873, 874
Delorme 873, 874
Terrier 873, 874
Poirier 873
Segond 874
Delbet 875
Berger 876
Humérus. — Tuméfaction de l'extrémité supérieure, par M. Delbet (voy. *Tuméfaction*) 371
— Fracture itérative avec cal simulant une tumeur, par M. Broca (voy. *Fracture itérative*) 377
— Résection totale de l' —, par M. Guinard (présentation de malade). 651
Discussion : MM. Reclus 652
Delbet 652
— Résection partielle de l' — après fracture par coup de feu, par MM. Studer et Rudouar (présentation de malade). 901
Hydro-appendix. — Par M. Potherat (présentation de pièce) 725
Discussion : MM. Monod. 727
Walther 727
Delorme. 727
Hydronéphrose par kyste hydatique du rein. — Néphrectomie, par M. Tuffier (présentation de pièce) 181
Hygroma de la bourse séreuse du psoas, par M. Dupraz. 253, 496
Rapport : M. Potherat 253, 496
Hypospadias. — Greffes par le procédé de Nové-Josserand, par M. Tuffier (présentation de malade) 310
Discussion : MM. Segond 310, 313
Tuffier 311
Routier 311
Hystérectomie vaginale pour inversion utérine, par M. Lapeyre (observation). 163
Rapport : M. Gérard Marchant. 163
— abdominale pour fibromes. — 13 cas, 13 guérisons, par M. Arrou (communication) 876
Rapport : M. Monod 876

I

Iléo-cæcal. — Cancer —. Ablation, par M. Souligoux (présentation de malade) 487
Rapport : M. Peyrot 487
Iléon. — Perforation de l'iléon et de l'appendice par une arête de poisson et un os d'oiseau, par M. Guinard (présentation de pièces). . 826
Discussion : MM. Rochard 827
Jalaguier. 828

Pages.

Iliaque externe. — Anévrisme diffus consécutif de l'artère iliaque externe. Ligature de l'aorte. Mort au 39e jour, par M. Tillaux 473
— interne (artère). — Ligature pour plaie de l'artère fessière, par M. Mauclaire (présentation de malade) 887
Inguinale. — Hernie congénitale, par M. Cahier (communication). . . 750
Inondation péritonéale. — Drainage, par M. Quénu (communication). 368
— péritonéale compliquant la grossesse ectopique, par M. Reynier. . . 398
Discussion : M. Quénu 401
— péritonéale, par M. Letoux (observation). 533, 1094
Rapport : M. Tuffier. 533, 1094
Discussion : MM. Reynier. 533, 535
Delbet. 535, 1096
Poirier 535
Tuffier 536
Routier. 536
Intestin. — Péritonite généralisée consécutive à des lésions de la fin de l'iléon, par M. Albarran (observation). 138
— Invagination chez un enfant de dix mois, par M. Lyot (observation). 176
Rapport : M. Kirmisson. 176
— Tumeur bénigne de l'—, par M. Heurtaux 377
— Passage des bactériens et des protozoaires intestinaux dans la cavité péritonéale, par M. G. Nepveu 533
— Anastomoses intestinales (voy. *Anastomose*). 935
— Plaie par coup de pied de cheval. Laparotomie, par M. Bazy (présentation de malade). 990
Discussion : MM. Delorme. 991
Terrier. 992
Nimier 992
— Cancer du gros intestin, traitement par M. Brin. 1030
Rapport : M. Quénu 1030
Intestinale. — Occlusion — opérée 24 heures après l'accouchement, par M. Morestin (communication). 706
Rapport : M. Rochard 706
— Occlusion — par l'appendice, par M. Monod (présentation de pièces). 724
Discussion : MM. Potherat 725
Walther 725
— Occlusion — par l'appendice, par M. Routier (observation). 730
— Occlusion — par invagination. Laparotomie, par M. Auvray 734
Rapport : M. Michaux. 734
Discussion : MM. Reclus 749
Broca. 749
Brun 749
— Perforation — dans la fièvre typhoïde (voy. *Typhoïde*).
— Résection — pour cancer, par M. Imbert (observation) 1013
Rapport : M. Quénu. 1013
Invagination. — Occlusion intestinale par invagination. Laparotomie, par M. Auvray. (Voy. *Occlusion*) 734
— intestinale chez un enfant de dix mois, par M. Lyot (observation). 176
Rapport : M. Kirmisson. 176

Pages.

Invagination iléo-cæcale. — Laparotomie. Guérison, par M. LYOT. . . . 396
Rapport : M. KIRMISSON 396
Inversion utérine. — Hystérectomie vaginale pour inversion utérine, par M. LAPEYRE (observation). 163
Rapport : M. GÉRARD MARCHANT. 163
Ipsileur. — Présentation d'instrument.
Discussion : MM. KIRMISSON. 629
REYNIER. 630

J

Jambe. — Amputation ostéoplastique de —, par MM. QUÉNU et DUVAL (présentation de malade) (Voy. *Amputation*). 1060

K

Kyste de l'ovaire simulant une grossesse ectopique rupturée. — Laparotomie tardive. Mort subite, par M. DE VLACCOS (observation). . . . 31
— de l'ovaire adhérent, par M. PAUCHET (observation) 187
Rapport : M. RICHELOT 187
— végétant de l'ovaire. — Laparotomie. Abouchement urétéro-cæcal, par M. MICHAUX (présentation de malade) 882
Discussion : MM. RICHELOT 885, 886
QUÉNU. 885, 886
MICHAUX. 886, 887
TERRIER. 886
LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. 886
GUINARD. 887
— de la mamelle, par M. WALTHER (présentation de pièce). 213
— du ligament large et fibrome, par M. GIROU (observation) 575
Rapport : M. MONOD 575
— congénital de la glande thyroïde. Extirpation. Guérison, par M. ISAMBERT. 29
Rapport : M. PICQUÉ 29
— glandulaire du pancréas, par M. H. DELAGÉNIÈRE (observation). . . . 227
— hydatique du foie, par M. SCHWARTZ (présentation de malade). . . . 524
— hydatique du foie traité par la méthode de Delbet, par M. ROUTIER (présentation de malade) 605
— hydatique du rein droit opéré par la méthode du capitonnage. Guérison, par M. LEJARS (présentation de malade). 485
Discussion : M. DELBET 486
— hydatique de la région massétérine guéri par le procédé de Delbet, par M. JUVARA. 569
Rapport : M. DELBET. 569
— hydatique du cou, par M. ROUTIER (présentation de malade). 1061
Discussion : M. WALTHER 1061
— hydatique de la langue, par M. SEGOND (présentation de pièce) . . . 1062
— hydatique pré-vésical, par M. ALBARRAN (voy. *Pré-vésical*). 161

Pages.

Kystes hydatiques. — Traitement des kystes hydatiques du foie (voy. *Foie*).
— hydatiques de l'abdomen, par M. Mignon (communication). 669
— dermoïdes des deux ovaires, par M. Potherat (présentation de pièce) 931
— dermoïdes de l'orbite, par M. Félix Lagrange (communication) . . . 145
— hydatiques du rein. Hydronéphrose. Néphrectomie, par M. Tuffier (présentation de pièce). 181
— hydatiques. — Greffe des kystes hydatiques.
Discussion : MM. Potherat 287, 289
Ricard 288
— hydatiques. — Greffe, par M. Quénu. 314
Discussion : MM. Potherat 316
Quénu. 316
Routier. 316
Michaux 316
Broca 317, 346
Tuffier 317
— hydatiques. — Traitement.
Discussion : MM. Delbet. 298
Quénu. 309
Kystique. — Maladie — du sein, par M. Quénu (présentation de malade) 764
Discussion : MM. Delbet 765
Reclus 777, 781
Quénu 777, 779, 781
Tuffier 778
Walther 778
Nélaton. 779
Reynier. 779
Segond 780
Richelot 781

L

Langue. — Kyste hydatique de la —, par M. Segond (présentation de pièce) 1062
Laparotomie pour plaie de l'estomac et de la rate, par M. Demoulin . . 273
Rapport : M. Rochard. 273
— pour invagination intestinale, par M. Auvray. 734
Rapport : M. Michaux. 734
Discussion : MM. Reclus 749
Broca 749
Brun. 749
— Coup de pied de cheval, par M. Bazy (présentation de malade). . . 990
Discussion : (Voy. *Intestin*).
Levure de bière dans l'actinomycose, par M. Guinard (présentation de malade) 339
Lipome sous-synovial. Arthrotomie, par M. Jalaguier (présentation de malade). 279

Pages.

Discussion : MM. Brun 281
Le Dentu 281
Tuffier 282
Delbet 287
— du mésentère, par M. Latouche (communication) 889
— d'un doigt, par M. Potherat (présentation de pièce) 1054
Lombric. — Appendicite provoquée par un —, par M. Brun (présentation de pièce) 311
Luxation de l'astragale. Extirpation, par M. Brossard 314
Rapport : M. Walther 314
— Résultats définitifs de la réduction non sanglante des luxations congénitales de la hanche, par M. Brun (présentation de malades) 853
— ancienne du coude. Réduction par la méthode sanglante, par M. Le Clerc (communication) 942
— ancienne de l'épaule. Arthrotomie, par M. Ricard (présentation de malade) 1010
Discussion : MM. Nélaton 1067
Delbet 1069
Ricard 1071
— ancienne de l'épaule, par M. Guinard (présentation de malade) . . . 1144
Discussion : M. Schwartz 1145
Lymphangiome caverneux de la région lombaire et des régions inguinales, par M. Doyen (présentation de pièce) 178
Rapport : M. Hartmann 178
— Traitement des —, par M. de Vlaccos 183
Lymphatiques. — Varices, par M. Terrier (présentation de malade). (Voy. *Varices lymphatiques*) 94

M

Main. — Radiographie pour corps étranger de la main, par M. Michaux (présentation de radiographies) 697
Mains. — Stérilisation des —, par M. Delbet (communication) 616
Mal de Pott. — Redressement progressif de la gibbosité par le décubitus abdominal prolongé, par M. Bouquet 291
Rapport : M. Kirmisson 291
Maladie kystique du sein. Traitement, par M. Quénu (présentation de malade) 764
Discussion : M. Delbet 765
Mamelle. — Kyste de la —, par M. Walther (présentation de pièce) 213
— Actinomycose de la —, par M. Nélaton (présentation de malade) . . 696
— Maladie kystique de la — 777
Discussion : (Voy. *Kystique*).
— Tuberculose, par M. Pluyette 995
Rapport : M. Broca 995
Manuel de diagnostic chirurgical, par MM. Duplay, Rochard, Demoulin. 285
Massétérine (Région). — Kyste hydatique de la — guéri par le procédé de Delbet, par M. Juvara 569
Rapport : M. Delbet 569

Pages.

Mastoïdite, par M. Laurens (observation) 227
Rapport : M. Nélaton 227
Maxillaire inférieur. — Actinomycose du —, par M. Guinard (présentation de malade) 176
Mésentère. — Lipome du —. Laparatomie. Guérison, par M. Latouche (communication) 889
Mollet. — Fibro-sarcome du —, par M. Picqué. (Voy. *Fibro-sarcome*). 401
Monstres xyphopages, par MM. Chapot-Prévost et Camillo Fonseca (radiographies) 805
Myome sous-péritonéal. — Par M. Schwartz (présentation de pièce) . . 1171
Discussion : M. Potherat 1171

N

Naso-frontale (Région). — Sarcome ossifiant, par M. H. Huguet (observation) 722
Rapport : M. Berger 722
Discussion : MM. Reclus 723
Berger 723
Nécrologie. — Théodore Berger, par M. Richelot 286
— Eugène Bœckel, par M. Richelot 217
— Brodhurst, correspondant étranger 164
— Decès (de Reims), correspondant national 164
— Ollier, par M. Richelot 1059
— Sir James Paget, par M. Pozzi 2
— S. Saxtorph, par M. Richelot 469
Néphrectomie. — Néphrectomie pour hydronéphrose par kyste hydatique du rein, par M. Tuffier (présentation de pièces) 181
— avec urétérectomie totale, par M. Legueu (présentation de malade) . . 241
— Rein extrait par — secondaire, par M. Bazy (présentation de pièce). 855
— pour tuberculose rénale, par M. Albarran (présentation de pièces) 774, 975
— — — , par M. Bazy (présentation de pièces) . . . 824, 902
Névralgie faciale. — Résection du ganglion de Gasser, par M. Bouglé . . 1077
Rapport : M. G. Marchant 1077
Nez. — Acné hypertrophique du —, par M. Routier 249
— Nouveau procédé de rhinoplastie, par M. Ch. Nélaton (communication) 663
— Autoplastie de l'aile du nez par glissement, par M. Reynier (présentation de malade) 691
Discussion : M. Berger 692

O

Obturatrice. — Hernie étranglée, par M. Girou 1059
Rapport : M. Monod 1059
Occlusion intestinale. — Diagnostic différentiel avec la péritonite d'origine appendiculaire, par M. Jeanne (voy. *Appendicite*) 139
Rapport : M. Tuffier 139

Pages.

Occlusion intestinale, par M. Pauchet (observation) 187
Rapport : M. Richelot. 187
— intestinale, opérée vingt-quatre heures après l'accouchement, par M. Morestin (communication) 706
Rapport : M. Rochard. 706
— intestinale par appendice, par M. Monod (présentation de pièces). . 724
Discussion : MM. Walther. 725
Potherat 725
— intestinale par l'appendice, par M. Routier (observation). 730
— intestinale par invagination, laparotomie, par M. Auvray. 734
Rapport : M. Michaux 734
Discussion : MM. Reclus. 749
Broca 749
Brun 749
Œsophage. — Corps étranger (os de mouton) extrait par le panier de Græfe, par M. Laval (présentation de pièce). 443
Œsophagotomie externe pour corps étrangers, par M. Sebileau (présentation de pièces) 1062
Œuvres de Pierre-Francois-Bénezet Pamard, par M. Pamard (correspondant). 445
Olécrane. — Fracture itérative, par M. Routier (présentation de malade). 376
Ombilicale. — Hernie —; trois cas de cure radicale chez des enfants nègres etc.., par M. Huguet) 920
Rapport : M. Berger 920
Omoplate. — Enchondrome kystique de l' —, résection sous-spinale, par M. Schwartz (présentation de malade) 820
Orbite. — Kystes dermoïdes de l' —, par M. Félix Lagrange (communication). 145
— Balle de revolver extraite grâce à l'appareil de M. Contremoulins, par M. Reynier (présentation de malade) 282
— Résection temporaire de la paroi externe de l' —, pour l'extirpation d'une tumeur, par M. Quénu (présentation de malade) 819
Oreille. — Balle extraite de l'oreille après radiographie, par M. Rochard (présentation de pièce). 696
Ostéome du brachial antérieur, par M. Loison (présentation de malade) 209
Discussion : M. Nimier 212
— développé autour de fragments de verre, par M. Schwartz (présentation de pièce) 342
— du coude, par M. Nimier (présentation de malade) 375
Discussion : MM. Kirmisson. 375
Delbet 375, 376
Nimier 375
— de la cuisse, par M. Delorme (présentation de malade). 565
Ostéoplastique. — Amputation — de la jambe (Voy. *Amputation*).
Ovaire. — Kyste de l'ovaire, par M. Pauchet (observation) 187
Rapport : M. Richelot 187
— Kyste végétant de l'—. Laparotomie. Abouchement urétéro-cæcal, par M. Michaux (présentation de malade) 882
Discussion : (Voy. *Kyste*) 885
— Kystes dermoïdes des deux ovaires, par M. Potherat (présentation de pièces) 931

Pages

Ovaire. Fibrome de l'—, chez une jeune fille de dix-sept ans, par M. Girou. 1123
Rapport : M. Monod 1123
Ovarite scléro-kystique, par M. Fraikin 345

P

Pancréas. — Kyste glandulaire, par M. H. Delagénière (observation) . 227
Para-appendicites. — Sur les — (Voy. *Appendicite*).
Parotide. — Tumeur récidivante de la —, extirpation, par M. Quénu (présentation de malade) 625
Discussion : MM. Berger 626
Tillaux 627
Paupière. — Fibro-sarcome, par M. Huguet (observation) 722
Rapport : M. Berger 722
Pelviens. — Abcès appendiculaires —, incision pré-rectale, par M. Delanglade (communication) 600
Pelviennes. — Suppurations —, indications et modes opératoires, par M. Van Engelen 663
Perforation intestinale dans la fièvre typhoïde, par M. Legueu (communication) 1156
Rapport : M. Lejars 1156
Discussion (Voy. *typhoïde.*)
Périostite phlegmoneuse. — Radiographie dans la —, par M. Maunoury (communication) 337
Péritonite généralisée dans l'appendicite, par MM. Vanverts, Albarran (voy. *Appendicite*) 130, 137
— généralisée par lésions de la fin de l'iléon, par M. Albarran (observation) 138
— aiguë dans l'appendicite, par M. Jeanne (voy. *Appendicite*) 139
Rapport : M. Tuffier 139
— appendiculaire traitée par l'ébouillantage, par M. Moty (voy. *Appendicite*) 346
— diffuse. — Traitement de la — typhoïdique, par M. Loison (communication) 1077
Discussion : M. Monod 1091
— traumatique enkystée, par M. Imbert (observation) 190
Rapport : M. Schwartz 190
Péri-urétraux. — Calculs, par M. Pluyette (observation) 892
Rapport : M. Guinard 892
Discussion : MM. Potherat 905
Guinard 907
Phlegmon diffus. — Traitement par les injections d'eau oxygénée, par M. Dubujadoux (voy. *Eau oxygénée*) 91
Rapport : M. Chauvel 91
Pied. — Chondrome à point de départ osseux, par M. Picqué (présentation de pièce) 697
Pince à pansements, par M. Potherat (présentation d'instruments) . . 1120
Plaie de l'estomac et de la rate par balle de revolver. Laparotomie. Guérison, par M. Demoulin 273
Rapport : M. Rochard 273
Discussion : Voy. *Estomac*.

Pages.

Plaie du cœur, par M. Fontan 492
— de l'abdomen et de la poitrine. Issue de l'épiploon. Thoracoplastie. Guérison, par M. Grisard (observation). 569
Rapport : M. Peyrot. 569
— pénétrante de l'abdomen, par M. Auvray (présentation de malade) . 659
— du larynx et de la trachée. Suture immédiate, par M. Mesnard (observation) 1033
Rapport : M. Picqué 1033
Pleurésie et abcès du foie appendiculaires, par M. Kirmisson (présentation de malade) 653
— purulente, par M. Souligoux (présentation de malade) 597
Plèvre. — Ouverture large pour l'ablation d'un chondrome costal, par M. Bazy (présentation de pièce). 887
— Plaie pénétrante de la — et du diaphragme, etc. Intervention, guérison, par M. Lenormant. 1141
Rapport : M. Gérard-Marchant. 1141
Plomb. — Grains de — dans l'appendice, par M. Lucas-Championnière. . 1148
Discussion : M. Potherat. 1149
Pneumotomie pour ectasies bronchiques multiples, par M. Tuffier (présentation de malade). 242
Discussion : MM. Walther 243, 247
Delbet 244
Bazy 246
Michaux 246, 247
Tuffier 247
— dans la gangrène pulmonaire, par M. Tuffier (présentation de malade) 342
Poitrine. — Plaie pénétrante, par M. Grisard (observation) 569
Rapport : M. Peyrot. 569
Poplité. — Anévrisme, par M. Arrou (présentation de pièce). 407
— Anévrisme. Extirpation, par M. Ch. Monod 409
Discussion : M. Delbet. 446
— Anévrisme, par M. Monod (présentation de malade) 627
— Anévrisme, extirpation, guérison, par M. Schmid. (Communication). 663
Rapport : M. Monod 663
— Anévrisme, extirpation, par M. Veslin (présentation de pièce) . . . 804
Rapport : M. Michaux 804
Pré-vésical. — Kyste hydatique —, par M. Albarran (présentation de pièce) 161
Prolapsus complet du rectum, extirpation au bistouri, par M. Carlier (Voy. *Rectum*) 130
— du rectum, anoplastie et rectopexie, par M. Pauchet 262, 427
Rapport : M. Gérard Marchant. 262, 427
Discussion : MM. Tachard. 437
Reynier. 437
Hartmann. 439
G. Marchant 442
— du rectum, extirpation au bistouri, par M. Carlier 441
Rapport : M. Hartmann 441
— Pathogénie et traitement des — rectaux, par M. Duret (communication). 470

Pages.

Prolapsus du rectum, excision de la muqueuse rectale ou recto-colique, par M. Delorme (communication) 499
— du rectum. — Nouveau procédé de cure radicale, par M. Juvara. . 519
Rapport : M. Delbet 569
— du rectum. — Traitement, par M. Delorme (présentation de malade) 805, 899
— du rectum. Traitement, par M. Carlier (présentation de pièce) . . . 817
Rapport : M. Gérard-Marchant. 817
— du rectum, par M. Gérard-Marchant (présentation de pièce). . . . 1147
Prostate. — Hypertrophie de la —, résection des canaux déférents, par M. Charrier 344
Rapport : M. Potherat 344
— Calculs de la —, par M. Carlier (présentation de pièces) 817
Prostatectomie. — Observation de —, suivie de guérison, par M. Adenot. 533
Rapport : M. Tuffier 533
Psoas. — Hygroma de la bourse séreuse du —, par M. Dupraz (observation). 253, 496
Rapport : M. Potherat. 253, 496
Pylore. — Tumeur du —, par M. Delbet (présentation de pièce). . . . 1147
Pylorectomie. — Par M. Tuffier (observation) 6
— Par MM. Walther, Rochard (présentation de pièces) 213, 312
Discussion : M. Ricard 214
— Technique de la —, par MM. Henri Hartmann et Bernard Cunéo. . . 223

R

Rachis. — Fracture du — suivie de monoplégie dn membre inférieur droit, par MM. Picqué et Dide. 39
Radiographie d'une fracture récente de l'humérus, par M. Bazy (présentation de pièce). 74
Discussion : M. Reclus. 74
— d'une fracture du radius, par M. Cahier (présentation de pièce). . . 728
— dans les fractures, par M. Loison (communication) 89, 331
— dans les fractures, par M. Hennequin (communication). 197
— dans les fractures, par M. Reynier. 233, 346
— dans les fractures, par M. Tuffier (présentation de pièces) 312
— dans les fractures, par M. Lucas-Championnière (communication) . . 359
Discussion : MM. Maunoury. 90
Bazy 90
Tuffier 90, 337, 363
Berger 90
Kirmisson. 238
Félizet. 240
Bazy 240
— dans les lésions articulaires, par M. Loison (présentat. de pièces) 487, 531
— dans les lésions du squelette, par M. Dupraz. 777
Rapport : M. Potherat. 777
— Lésion de carie sèche de l'épaule, par M. Demoulin (présentation de radiographies). 933
Discussion : MM. Nélaton 934
Demoulin 934

Pages.

Radiographie. — Balle de revolver extraite de l'orbite, grâce à l'appareil de M. Contremoulins, par M. Reynier (présentation de malade). . 282
— Balle de revolver extraite de l'oreille après radiographie, par M. Rochard (présentation de pièce). 696
— pour corps étranger de la main, par M. Michaux (présentation de radiographie). 697
— Décollement de l'extrémité inférieure du tibia, par M. Monod (présentation de malade) 1066
— Genu valgum double, par M. Walther (présentation de malade) . . 1066
— stéréoscopique par M. Marie. 313
Rapport : M. Gérard-Marchant 313
Radial (Nerf). — Suture du — pour section de la branche profonde, par M. Morestin (présentation de malade). 887
Radius. — Fracture de l'extrémité supérieure, par M. Poirier (présentation de malade) 1054
— Radiographie d'une fracture, par M. Cahier (présentation de radiographie). 728
Rate. — Tumeur de la —, par M. Routier (présentation de pièce). . . 250
— Plaie de l'estomac et de la rate par balle de revolver. Laparotomie. Guérison, par M. Demoulin 273
Rapport : M. Rochard 273
— Abcès de la rate d'origine appendiculaire, par M. Routier (Voy. *Appendicite*). 68
Recto-coccygienne. — Double fistule recto-coccygienne et recto-vaginale. Guérison, par M. Potarca 829
Rapport : M. G. Marchant 829
Recto-coccypexie. — Résultats éloignés, par M. Lejars (présentation de malade). 801
Discussion : M. Poirier. 801
Rectum. — Cancer du rectum. Guérison maintenue après cinq ans, par M. Quénu (présentation de malade). 98
Discussion : MM. Potherat 99
Le Dentu 99
Bazy 99
Reclus 99
Pozzi 99
Quénu 99
— Cancer du rectum, par M. Nimier (présentation de pièces). 156
— Prolapsus. Anoplastie et rectopexie, par M. Pauchet 262, 427
Rapport : M. Gérard Marchant (voy. *Prolapsus*). 262, 427
— Prolapsus. Extirpation au bistouri, par M. Carlier. 130, 441
Rapport : M. Hartmann (voy. *Prolapsus*) 130, 441
— Prolapsus. Pathogénie et traitement des —, par M. Duret (Voy. *Prolapsus*). 470
— Prolapsus. Traitement par excision de la muqueuse rectale ou recto-colique, par M. Delorme (communication). 499
— Prolapsus. Nouveau procédé de cure radicale, par M. Juvara. . . . 569
Rapport : M. Delbet 569
— Prolapsus. Traitement, par M. Carlier (présentation de pièce). . . . 817
Rapport : M. G. Marchant 817
— Prolapsus. Traitement, par M. Delorme (présentation de malade). 805, 899
— Prolapsus, par M. Gérard Marchant (présentation de pièce). 1147

Pages.

Rectum. — Résection pour tumeur rétro-rectale, par M. SCHWARTZ . . 771
Discussion : MM. QUÉNU. 774
PONCET 774
SCHWARTZ. 774
— Résultats éloignés d'une opération de recto-coccypexie, par M. LEJARS (présentation de malade) 801
Discussion : M. POIRIER. 801
— Bâton de chaise dans le —, par M. THIÉRY (présentation de pièce) . 1062
— Epithélioma du —, par M. SEBILEAU (communication). 1077
Rapport : M. QUÉNU 1077
Rein. — Hydronéphrose par kyste hydatique, néphrectomie, par M. TUFFIER (présentation de pièces). 181
— Néphrectomie avec urétérectomie totale, par M. LEGUEU (présentation de malade) 241
— Rupture du —, par M. RICARD (présentation de pièce) 283
Discussion : MM. GÉRARD-MARCHANT 283
REYNIER. 284
TUFFIER 284
RICARD 284
SCHWARTZ. 289
— Kyste hydatique du —, traité par le capitonnage, par M. LEJARS (Voy. *Kystes hydatiques*). 485
— Infection coli-bacillaire du —, intervention, par M. POUSSON (communication). 633
Discussion : MM. MONOD 635
ROUTIER. 636
POTHERAT 636
POUSSON. 637
— Traitement de la tuberculose, par M. TUFFIER (communication) . . . 583
— Tuberculose rénale et cathétérisme urétéral 639
Discussion : MM. BAZY. 638, 711, 730, 983
TUFFIER 675, 701
ROUTIER. 676
RICARD 679
ALBARRAN 607, 680
KIRMISSON. 720
DELBET 721
WALTHER 721
REYNIER 721
POIRIER 729
QUÉNU. 730
— Trois reins enlevés par néphrectomie, par M. BAZY (présentation de pièces). 824
— Tuberculose, néphrectomie, par M. BAZY (présentation de pièces). 855, 902
— Tuberculose, cathétérisme urétéral, néphrectomie, par M. ALBARRAN (présentation de pièces) 774, 975
— Tuberculose, par M. POUSSON (Voy. *Tuberculose*). 382, 631
Résection totale de l'humérus, par M. GUINARD (présentation de malade). 651
Discussion : MM. RECLUS 652
DELBET 652
— partielle pour fracture de l'humérus par coup de feu, par M. STUDER et RUDOUAR (présentation de malade) 901

Pages.

Rétine. — Cysticerque sous-rétinien, par M. GALEZOWSKI (communication). 668
Rapport : M. BRUN. 668
Rétrécissements de l'urèthre. Uréthrostomie périnéale, par MM. PONCET et DELORE 345
Rhinoplastie. — Nouveau procédé de —, par M. Ch. NÉLATON (communication). 663
Rotule. — Fracture indirecte de la —, cerclage après trois semaines, guérison, par M SCHWARTZ (présentation de malade) 477
— Fracture de la —, par M. ARROU (présentation de malade). 597
Rupture du rein, par M. RICARD 283
Discussion : (voy. *Rein*)

S

Sacrum. — Tumeur de la face antérieure du sacrum, par M. WALTHER (présentation de pièce). 766
Discussion : MM. TILLAUX. 768
QUÉNU. 768
PONCET. 769
SEGOND. 769
WALTHER. 771
Sang. — Valeur séméiologique de l'examen du — dans les maladies de l'estomac, par MM. HARTMANN et SILHOL (communication). 1151
Discussion : M. ROUTIER. 1155
Saphène interne. — Résection de l'embouchure, par M. PICQUÉ (présentation de pièces). 629
Sarcome du bassin, par M. ROUTIER 566
Discussion : M. POTHERAT. 567
— du crâne, par M. MORESTIN (présentation de malade). 974
Rapport : M. RICARD. 974
— ossifiant de la région naso-frontale, par M. HUGUET (observation) . . 723
Rapport : M. BERGER. 722
Discussion : MM. RECLUS 723
BERGER 723
Séance annuelle. — Allocution de M. POZZI. 101
— Compte rendu des travaux de la Société, par M. ROUTIER. 104
— Maisonneuve, par M. RECLUS. 112
— Prix décernés en 1899. 127
— Prix à décerner en 1900. 127
— Prix à décerner en 1901. 127
Sein. — Maladie kystique. Traitement, par M. QUÉNU (présentation de malade). 764
Discussion : M. DELBET. 765
— Tumeur du — traitée par les injections de sérum du Dr Wlaeff, par M. REYNIER (présentation de malade) 1052
— Abcès tuberculeux du —, par M. PLUYETTE. 1139
Rapport : M. BROCA 1139
Sérum anticellulaire, par M. WLAEFF (présentation de malade). 1117
Rapport : M. REYNIER. 1117
Sirène dans les voies digestives, par M. THIÉRY (présentation de pièce) . 1062

Pages.

Sous-clavière (artère). — Anévrisme de la sous-clavière droite, par M. Monod (présentation de malade). 881
Discussion : (Voy. *Anévrisme.*)
— Ligature pour anévrisme, par M. Tuffier (présentation de malade). 1145
Spina bifida, par M. Letoux (observation). 1013
Rapport : M. Broca 1013
Squelette. — Lésions du squelette, par M. Dupraz (radiographie) . . . 777
Rapport : M. Potherat. 777
Statistique générale des opérations pratiquées à l'hôpital de Bel-Abbès en 1896, par M. Brousse 26
Rapport : M. Picqué 26
— Opérations pratiquées à l'hôpital d'Elbeuf, par M. Buffet 1008
Rapport : M. Walther. 1008
Stercorales (fistules). — Traitement par abouchement dans l'intestin, par M. Pauchet (communication). 1100
Rapport : M. Peyrot. 1100
Discussion : MM. Delbet 1102
Peyrot 1102
Tuffier. 1102
Michaux, ... 1102
Stérilisation des mains, par M. Delbet (communication). 616
Sus-hyoïdienne. — Grenouillette, par M. Terrier (présentation de malade). 525
Sus-malléolaire. — Amputation, par M. Chevassu (présentation de malade) 765
Suture cutanée. — Procédé par agrafage, par M. Michaux (communication). 561
Discussion : MM. Bazy 565
Michaux. 565
Synovectomie pour tuberculose du genou, par M. Potherat. 832
— du genou, par M. Mignon (présentation de malade). 1113
Discussion : MM. Lucas-Championnière. 1115, 1116
Poirier. 1116
Quénu. 1116
Synoviale. — Corps étrangers de la — des fléchisseurs des doigts, par M. Berger (présentation de pièces) 1088

T

Taille hypogastrique. — Mort par hématémèse, par M. Broca (observation) 858
Tarsectomie. — Un cas de — postérieure totale, par M. Loison (présentation de malade). 913
Discussion : MM. Demoulin. 917
Loison 917
Temporo-faciale. — Actinomycose, par M. Guinard (présentation de malade) 339
Temporo-maxillaire. — Ankylose temporo-maxillaire ; résection, par M. Kirmisson (présentation de malade) 33
Discussion : MM. Michaux 33
Delbet. 35

Pages.

Temporo-maxillaire. — Résection pour ankylose osseuse, par M. CHAVASSE (communication). 54
— Actinomyose péri-temporo-maxillaire par M. THIÉRY (présentation de malades) 282, 339, 761
Testicule. — Ectopie, par M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (présent. de malade). 693
Discussion : MM. TUFFIER. 695
ROUTIER 696
— Ectopie inguinale droite, par M. MIGNON (présentation de malade). 802
Tétanos. — Accidents tétaniques chez une laparotomisée. Difficultés du diagnostic, par M. REYNIER (observation). 861
Thoracoplastie d'urgence pour plaie pénétrante, par M. GRISARD (observation). 569
Rapport : M. PEYROT. 569
Thorax. — Déformation en entonnoir, par M. PICQUÉ (présentation de moulages et photographies) 76
Thyroïdienne. — Médication thyroïdienne dans les fractures, par M. POTHERAT (communication) 18
Tibia. — Décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure, par M. MONOD (présentation de radiographie) 1066
Tibiale postérieure (Artère). — Anévrisme diffus traumatique, par M. VÉRON. 489, 984
Rapport : M. CHAPUT 489, 984
Trachée. — Plaie, suture immédiate, par M. MESNARD (observation). . . 1033
Rapport : M. PICQUÉ. 1033
Traité de chirurgie d'urgence, par M. LEJARS. 446
Transport des malades et blessés, par M. DE MOOY (note). 889
Trépanation pour traumatismes du crâne, par MM. PEYROT et SOULIGOUX (présentation de malade) (Voy. *Crâne*) 659
— pour fracture du crâne, par M. LAUNAY (présentation de malade). 974
Rapport : M. RICARD (Voy. *Crâne*) 974
— pour balle de revolver (Voy. *Crâne*). 995
Tricocéphale mâle vivant dans l'appendice. Opération à froid, par M. GUINARD (présentation de malade) 1009
Tuberculose de la synoviale du genou, synovectomie, guérison, par M. POTHERAT (communication) 832
Discussion : MM. QUÉNU 859, 860
DELORME 859
DELBET 860
POTHERAT 860
— mammaire, par M. PLUYETTE. 995
Rapport : M. BROCA 995
— rénale. Douze interventions, par M. POUSSON (communication) . . . 382
Discussion : MM. REYNIER 391, 393
TUFFIER 391, 394
ALBARRAN. 392
POUSSON 395
— rénale, par M. ALBARRAN 536, 607
— Traitement de la tuberculose du rein, par M. TUFFIER (communication). 583
— Nouveau cas d'intervention pour tuberculose rénale, par M. POUSSON (communication). 631
— rénale et cathétérisme urétéral, par MM. BAZY, TUFFIER (Voy. *Rein*). 638, 639, 675, 711, 983

Pages.

Tuberculose. — A propos de la — et du cathétérisme urétéral, par M. Tuffier 675
Discussion (Voy. *Rein*).
— rénale. Néphrectomie, par M. Albarran (présentation de pièces). 774, 975
— Néphrectomie, inutilité du cathétérisme préalable de l'uretère, par M. Bazy (présentation de pièce) 902
Tuméfaction de l'extrémité supérieure de l'humérus, par M. Delbet (présentation de malade). 371
Discussion : MM. Jalaguier. 373
Routier 373
Kirmisson. 374
Quénu. 374
Brun 374
Walther 374
Delbet 375
Tumeur gazeuse du cou, par M. Guinard 347
Discussion : MM. Quénu 352
Monod 353
Berger. 353
Broca 353
Reclus. 354
Delbet. 354
Guinard 356
— de la face antérieure du sacrum, par M. Walther (Voy. *Sacrum*). . 766
— rétro-rectale, par M. Schwartz (Voy. *Rectum*) 771
— bénignes de l'intestin, par M. Heurtaux 377
— pulsatile du crâne (présentation de malade). (Voy. *Crâne*) . . . . .
Typhlite. — Un cas de — pernicieuse, par M. Estienny (observation) . 1123
Rapport : M. Chaput. 1123
Typhoïdique. — Péritonite diffuse —, traitement, par M. Loison (communication). 1077
Discussion : M. Monod. 1091
— Perforation intestinale. Laparotomie. Guérison, par M. Legueu (communication). 1105, 1156
Rapport : M. Lejars. 1105, 1156
Discussion : MM. Rochard 1160
Routier. 1161
Delorme. 1161
Lejars. 1164

U

Uretères. — Cathétérisme dans la tuberculose du rein, par MM. Bazy et Tuffier 638, 675, 701, 711, 983
Discussion : MM. Routier 676
Ricard. 679
Albabran 680
Kirmisson 720
Delbet. 721
Walther 721
Reynier 721
Poirier. 729
Quénu 330

Pages

Uretères. — Valeur du cathétérisme urétéral, par M. Pousson. 829
— Cathétérisme pour tuberculose rénale, par M. Albarran (présentation de pièces) 975
— Abouchement urétéro-cæcal, par M. Michaux (présentation de malade) 882
Discussion : MM. Guinard 887
Michaux 887
Urétérectomie. — Par M. Legueu (présentation de malade) (Voy. *Néphrectomie*) 241
Urètre. — Calculs, par M. Pluyette 599, 892
Rapport : M. Guinard 599, 892
Discussion : MM. Potherat. 905
Guinard 907
— Rupture de l'—, par M. Legueu (présentation de malade). 241
— Rupture de l'— périnéal, par M. Carlier (communication) 1031
Rapport : M. Albarran 1031
Uréthrostomie péritonéale, par MM. Poncet et Delore. 345
Utérins (Fibromes). — Par M. Doyen (présentation de pièce) 311
Rapport : M. Hartmann. 311
— Extirpation avec conservation de l'utérus et des annexes, par M. Tuffier (communication) 840
— Enlevés par énucléation, par M. Tuffier (présentation de pièces) . . 696
— Gangrenés, par M. Girou 1059
Rapport : M. Monod 1059

V

Vagin. — Corps étranger, par M. Girou (observation) 574
Rapport : M. Monod. 574
— Fibro-sarcome chez une enfant de six ans, par M. Huguet (observation) 722
Rapport : M. Berger. 722
Vaginale. — Excision pour vaginalite chronique biloculaire, par MM. Gerbault et Cange. 314, 571
Rapport : M. Lejars 314, 571
Varice anévrismale traumatique, par M. Bazy (présentation de pièce). . 214
Varices. — Résection du paquet variqueux, ligature de la saphène, guérison après neuf ans, par M. Quénu (présentation de malade) . . 310
Varices lymphatiques, par M. Terrier (présentation de malade). . . . 94
Discussion : MM. Delbet. 96
Reynier. 97
Monod 98
Terrier. 98
Varicocèle. — Traitement par le procédé de Narath, par M. Loison (présentation de malade). 656
Discussion : MM. Poirier. 657
Reclus 657
Berger 657
Lucas-Championnière. 657
Routier. 657
Delorme 658

Pages.

Varicocèle. — Traitement par excision de scrotum et résection des veines, par M. Brault (communication). 704
Vertébrale (colonne). — Fracture de la région lombaire, par M. Delorme. 1145
Discussion : M. Bazy. 1146
Vésicales (cellules). — Traitement par l'exclusion, par M. Pousson (communication). 1103
Vésico-vaginal. — Calcul, par M. Tuffier (présentation de pièce). . . 567
Vésico-vaginales (fistules). — Fistule guérie par la méthode du dédoublement, par M. Ricard (communication). 907
Discussion : (Voy. *Fistule*). 908
— Traitement, par M. Braquehaye, (communication). 988
Vessie. — Epingle à cheveux dans la vessie. Extraction par les voies naturelles, par MM. Guillet, Mougeot. 20
Rapport : M. Picqué. 20
Discussion : MM. Pozzi. 22
Rochard 22
Guinard. 22
— Epingle à cheveux dans la —, par M. Thiéry (présentation de pièce) . 1062
— Canule à lavement extraite de la vessie, par M. Bazy (présentation de pièce) 251
— Corps étranger (tampon d'ouate), par M. Monod (présentation de pièce) 1055
Voies biliaires. — Calculs du cholédoque et de la vésicule, par M. Scierra (observation). 895
Rapport : M. Lejars 895
Discussion (Voy. *Cholédoque*).
Volvulus par adhérences épiploïques consécutives à une opération d'appendicite, par M. Lapeyre (observation). 163
Rapport : M. Delbet. 163

W

Wlaeff (Sérum du Dr). — Tumeur du sein traitée par le —, par M. Reynier (présentation de malade) 1052

X

Xyphopages, par MM. Chapot-Prévost et Camillo Fonseca (radiographies). 805

TABLE DES AUTEURS

POUR 1900

A

Adenot, 533.
Albarran, 93, 137, 161, 392, 536, 607, 680, 774, 975, 1031.
Albert (de Vienne), 130.
Arrou, 407, 597, 876.
Auvray, 317, 659, 734.

B

Bazy, 59, 74, 75, 90, 99, 133, 159, 168, 178, 182, 185, 214, 240, 246, 251, 289, 290, 463, 467, 468, 482, 521, 553, 565, 638, 639, 711, 730, 809, 823, 824, 855, 887, 902, 909, 980, 983, 990, 995, 1029, 1146.
Berger (Paul), 90, 141, 240, 241, 353, 599, 626, 658, 692, 876, 920, 922, 923, 929, 1013, 1028, 1066, 1088, 1809, 1117.
Berger (Théodore), 286.
Bigeard, 127, 184.
Billot, 23, 164, 414.
Bœckel (Eugène), 217.
Bouglé, 60, 1077.
Bouquet, 77, 291.
Bovis (de), 127, 163.
Braquehaye, 988.
Brault, 704.
Brin, 1030.
Broca, 311, 317, 346, 353, 377, 380, 710, 749, 753, 852, 858, 995, 1013, 1137, 1139.
Brooks Brighuin, 599.
Brossard, 314.
Brousse, 26.
Brun, 60, 69, 179, 281, 311, 374, 749, 853.
Buffet, 62, 1008.
Buscarlet, 130, 1092.

C

Cahier, 728, 750.
Cange, 314, 571.
Carlier, 130, 441, 817, 1031.
Cavasse, 82.
Chalot, 314.
Chapot-Prévost, 805, 988, 1097.
Chaput, 154, 489, 984, 1060, 1106, 1123, 1164.
Charrier, 141, 314, 924.
Chavasse, 54, 82.
Chavannaz, 377, 710.
Chauvel, 91, 92, 94, 414, 979.
Chevassu, 766.
Cunéo, 223.

D

Damas, 345, 845.
Delagénière (H.), 227, 240, 241.
Delanglade, 600, 857.
Delassus, 1031.
Delbet, 3, 35, 37, 47, 52, 72, 73, 96, 155, 170, 173, 244, 287, 298, 345, 354, 371, 375, 376, 378, 403, 404, 405, 446, 482, 486, 521, 535, 569, 616, 652, 721, 765, 778, 806, 852, 860, 871, 875, 876, 881, 1026, 1031, 1048, 1069, 1096, 1102, 1133, 1137, 1170.
Delens, 998.
Delore, 345.

Delorme, 26, 73, 100, 321, 341, 499, 565, 659, 728, 805, 859, 873, 874, 899, 991, 1001, 1003, 1145, 1161.
Demoulin, 273, 313, 531, 533, 917, 933, 934, 1063.
Dide, 39.
Doyen, 178, 311.
Dubujadoux, 91, 979.
Ducroquet, 181, 597.
Dupraz, 253, 285, 496, 777, 781, 857.
Duret, 470.
Duval, 1060.

E

Engelen (Van), 663.
Estienny, 1123.

F

Félizet, 240.
Fonseca, 805.
Fontan, 492.
Fontoynont, 979.

G

Gerbault, 314, 571.
Gilis, 1013.
Girou, 1059, 1123.
Grisard, 569.
Guillet, 21.
Guinard, 22, 176, 189, 240, 241, 339, 347, 356, 468, 599, 651, 711, 750, 789, 826, 881, 887, 892, 907, 930, 939, 942, 992, 993, 1004, 1009, 1125, 1144.

H

Hartmann, 14, 189, 223, 277, 278, 311, 415, 426, 439, 936, 941, 1043, 1059, 1131, 1151.
Hennequin, 197.
Herbet, 919.
Heurtaux, 137.
Hue (François), 1019.
Huguet, 920, 922.

I

Imbert, 190, 345, 979, 1013.
Isambert, 29.

J

Jalaguier, 82, 92, 178, 180, 181, 184, 279, 373, 597, 828, 889.
Jeanbrau, 979.
Jeanne, 139.
Jonnesco, 217.
Juvara, 569.

K

Kirmisson, 15, 33, 98, 238, 285, 291, 345, 374, 375, 378, 380, 396, 425, 468, 629, 653, 720, 845, 853, 866, 1029, 1032.

L

Lafourcade, 1067, 1123.
Lagrange (Félix), 145.
Lannelongue, 163.
Lapeyre, 163.
Lardenois, 127.
Latouche, 890.
Launay, 974.
Laurens, 227.
Laval, 443.
Le Clerc, 942.
Lecubrau, 345.
Le Dentu, 99, 185, 189, 281, 930.
Legueu, 241, 1105, 1156.
Lejars, 314, 321, 446, 485, 529, 571, 785, 801, 873, 895, 899, 1021, 1029, 1071, 1105, 1156, 1164.
Lenormant, 1141.
Letoux, 533, 1013, 1059, 1094.
Loison, 66, 70, 88, 209, 331, 487, 531, 653, 913, 917, 1077, 1116.
Lucas-Championnière, 26, 92, 93, 188, 359, 483, 525, 529, 530, 658, 693, 810, 886, 919, 1001, 1032, 1115, 1148.
Lyot, 176, 396.

M

Malapert, 129, 173.
Mally, 415.
Marchant (Gérard), 16, 77, 82, 262, 283, 313, 427, 442, 761, 817, 819, 829, 1006, 1077, 1092, 1141, 1147.
Marie, 313.
Mauclaire, 887.
Maunoury, 90, 337.
Mesnard, 1033.

Michaux, 35, 37, 69, 74, 75, 246, 247, 277, 278, 279, 297, 316, 341, 561, 565, 628, 629, 697, 723, 734, 804, 882, 886, 887, 898, 920, 1036, 1054, 1074, 1102.
Mignon, 669, 772, 802, 1113.
Mignot, 415.
Monod, 92, 98, 188, 194, 261, 353, 407, 409, 569, 574, 575, 627, 635, 663, 724, 727, 819, 881, 911, 999, 1006, 1055, 1059, 1066, 1091, 1123.
Mooy (de), 889.
Morestin, 100, 317, 706, 887, 974, 995, 1164.
Moty, 356, 359.
Mougeot, 21.

N

Nélaton, 72, 465, 663, 696, 779, 818, 994, 1067.
Nepveu, 533.
Nimier, 131, 156, 212, 375, 531, 992, 1014.

O

Ollier, 1059.

P

Pamard, 445.
Pauchet, 186, 262, 427, 711, 920, 1036, 1100.
Peyrot, 262, 487, 569, 597, 659, 1029, 1100, 1102.
Pfihl, 569.
Picqué, 20, 23, 26, 29, 39, 53, 76, 401, 403, 404, 627, 628, 629, 647, 697, 729, 901, 1033, 1117, 1118, 1120.
Platel, 533.
Pluyette, 183, 292, 599, 892, 995, 1139.
Poirier, 70, 71, 262, 475, 484, 529, 535, 570, 644, 658, 729, 800, 801, 851, 873, 1027, 1054, 1116, 1117, 1128.
Poncet, 345, 769, 774.
Potarca, 829.
Potherat, 18, 54, 99, 159, 188, 241, 250, 253, 272, 278, 285, 287, 289, 314, 316, 404, 496, 529, 567, 636, 725, 777, 781, 832, 857, 860, 906, 931, 979, 1010, 1016, 1020, 1054, 1086, 1119, 1149, 1171.
Pousson, 382, 395, 631, 633, 637, 829, 1103.
Pozzi, 2, 22, 46, 99, 101.
Psaltoff, 163, 876.

Q

Quénu, 10, 72, 73, 82, 93, 98, 99, 129, 158, 167, 172, 173, 296, 309, 310, 314, 316, 352, 359, 368, 374, 401, 404, 405, 449, 463, 466, 468, 469, 483, 492, 569, 570, 599, 625, 730, 764, 768, 774, 778, 779, 781, 818, 819, 859, 860, 885, 886, 919, 929, 952, 1000, 1004, 1013, 1030, 1060, 1076, 1077, 1116

R

Reclus, 73, 74, 99, 112, 270, 354, 358, 359, 481, 483, 652, 658, 749, 777, 781, 789, 818, 873, 874, 923, 999, 1003, 1128.
Reynier, 37, 44, 49, 53, 62, 97, 169, 188, 218, 232, 282, 284, 296, 346, 391, 393, 398, 425, 437, 533, 535, 613, 630, 691, 721, 723, 779, 839, 860, 997, 1003.
Ricard, 68, 156, 214, 258, 283, 284, 288, 629, 679, 907, 912, 974, 993, 1010, 1012, 1013, 1071, 1117.
Richelot, 130, 186, 217, 286, 469, 484, 781, 885, 886, 910, 1059.
Rochard, 22, 273, 278, 285, 312, 463, 482, 484, 589, 599, 696, 706, 827, 993, 1160, 1163.
Romniceanu, 919.
Routier, 39, 68, 75, 104, 153, 164, 249, 250, 311, 316, 317, 359, 373, 376, 402, 404, 405, 465, 482, 521, 536, 566, 636, 655, 658, 676, 695, 702, 730, 836, 840, 853, 872, 881, 898, 908, 911, 933, 977, 994, 1028, 1052, 1061, 1067, 1123, 1137, 1155, 1161.
Rudouar, 901.

S

Saxtorph, 469.
Schmid, 663.
Schwartz, 177, 190, 196, 240, 241, 289, 340, 341, 342, 345, 467, 482, 524, 758, 771, 774, 820, 899, 909, 1000, 1137, 1145, 1146, 1171.
Scierra, 321, 895.
Sebileau, 1062, 1077.
Segond, 310, 313, 489, 769, 780, 874, 912, 1062.
Severeano, 445, 489.
Silhol, 1151.
Souligoux, 100, 487, 597, 659.
Studer, 901.
Szczypiorski, 469, 1021.

T

Tachard, 437.
Terrier, 92, 93, 94, 98, 285, 292, 297, 480, 484, 525, 592, 699, 723, 799, 873, 874, 886, 940, 992, 1045.
Thiéry, 282, 339, 761, 1062.
Tillaux, 473, 627, 768, 840.
Tuffier, 6, 69, 90, 94, 139, 181, 242, 247, 282, 284, 310, 311, 312, 317, 337, 342, 363, 381, 391, 394, 464, 482, 484, 491, 518, 533, 536, 567, 583, 675, 696, 699, 778, 810, 840, 924, 930, 940, 1002, 1028, 1031, 1059, 1094, 1102, 1116, 1129, 1136, 1145.

V

Vanverts, 130.
Véron, 285, 489, 845, 984.
Veslin, 804.
Vlaccos (de), 31, 183.

W

Walch, 1013.
Walther, 157, 159, 180, 213, 243, 247, 254, 314, 374, 402, 406, 531, 721, 723, 725, 727, 731, 766, 771, 778, 822, 824, 910, 949, 988, 995, 1007, 1008, 1061, 1066, 1097, 1162, 1163.
Wlaeff, 1052, 1117.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.